



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



A Psicomotricidade no Campus Neurológico Sénior - implementação de um programa psicomotor nas Doenças Neurodegenerativas

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de
Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professora Doutora Ana Cristina Guerreiro Espadinha

Júri:

Presidente:

Professora Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo

Vogais:

Professora Doutora Ana Cristina Guerreiro Espadinha

Professor Doutor Marco Paulo Maia Ferreira

Mariana Matias Freitas

2017

“Não existe ensino que se compare ao exemplo”

Robert Baden-Powell

Agradecimentos

Em primeiro lugar um especial agradecimento ao Campus Neurológico Sénior (CNS), nas pessoas do Professor Joaquim Ferreira e da Dra. Natália Pona, que acreditaram no valor da Psicomotricidade e permitiram a realização deste estágio.

À orientadora local, terapeuta Daniela Guerreiro e restante equipa técnica, incluindo os fisioterapeutas, terapeutas da fala e psicólogos, pela disponibilidade, estratégias e ensinamentos transmitidos que em muito contribuíram para uma melhor prática profissional.

À orientadora académica, Professora Doutora Cristina Espadinha, por todos os esclarecimentos, conselhos, sábias palavras e toda a paciência nesta aventura.

Ao enfermeiro Tiago, toda a equipa de enfermagem e de auxiliares de ação direta, que foram incansáveis e sempre me acolheram de braços abertos.

À Adriana, ao Diogo e à Elisabete, que estiveram presentes em todas as minhas conquistas e todos os momentos menos bons, nunca me deixando desanimar: os vossos abraços, sorrisos e gargalhadas foram tão essenciais para mim como o são diariamente para todos os utentes do CNS. O vosso exemplo de profissionalismo e dedicação foram muito importantes para o meu crescimento, não só profissional, como pessoal.

A todos os utentes do CNS, não só àqueles com quem tive oportunidade de trabalhar, como também todos os outros que por lá passaram e com quem tive o privilégio de me cruzar.

Aos meus pais e irmão por todo carinho, dedicação, entusiasmo e amor incondicional, que são imprescindíveis na minha vida. É a eles que devo o que sou e o que tenho, e de que muito me orgulho, cuja sabedoria e experiência guiam o meu crescimento.

A todos os meus amigos, e que me mesmo longe, estiveram sempre presentes e disponíveis para me ouvir e me apoiar. Sem vocês isto não tinha sido possível.

Um sincero obrigada a todos vós.

Resumo

Este relatório surge no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, na Faculdade de Motricidade Humana, especificamente associado ao Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais. Nele estão expostas as atividades que decorreram no Campus Neurológico Sénior, no âmbito das doenças neurodegenerativas.

Primeiramente surge a caracterização da instituição, seguida do enquadramento teórico do envelhecimento, das Perturbações Neurocognitivas (demências) e da Doença de Parkinson. Posteriormente são apresentados dois estudos de caso individuais e um de grupo, onde constam o historial clínico, o perfil psicomotor e os resultados que são confrontados com a literatura. Em todos os estudos de caso apresentados foi possível observar melhorias na funcionalidade psicomotora, confirmando a terapia psicomotora como uma ferramenta útil ao nível da manutenção ou melhoria das capacidades cognitivas, sensoriais e motoras associadas aos processos normais ou patológicos de envelhecimento.

No final do relatório são expostas as conclusões, dando-se destaque a todas as competências adquiridas, desde a resistência à frustração, elaboração de planeamentos e programas de intervenção, criação de matérias e trabalho de equipa, bem como as estratégias implementadas e a relação terapêutica criada.

Palavras-chave: Campus Neurológico Sénior, Envelhecimento, Demência, Doença de Parkinson, Estudo-caso, Idoso, Planos de Intervenção Psicomotora, Estratégias, Relação terapêutica.

Abstract

This report describe the work developed under the Psychomotor Rehabilitation Master, specifically with in the Branch of Advancement of Professional Competencies of the Faculdade de Motricidade Humana. The activities that were developed in Campus Neurológico Sênior for individual with neurodegenerative disorders.

This report includes the institutional characterization, followed by the theoretical background in what concerns the aging process, neurocognitive disorders (dementia) and Parkinson disease. Subsequently, two individual case studies and one group study are presented, containing: the clinical history; the psychomotor profile; objectives; and the results, that are discussed with the literature. In all the case studies it was possible to observe improvements in psychomotor domains. Psychomotor therapy is an useful tool for the maintenance or improvement of cognitive, sensory and motor skills associated with normal or pathological aging processes.

Finally conclusions are reported, giving particular importance to the competences acquired by the intern student such as resistance to frustration, preparation of intervention plans and programs, creation/making of materials and teamwork, as well as the strategies implemented and the therapeutic relationship created.

Keywords: Campus Neurológico Sênior, Aging, Dementia, Parkinson's Disease, Case Study, Elderly, Psychomotor Intervention Plans, Strategies, Therapeutic Relationship.

Índice Geral

Agradecimentos	i
Resumo	ii
Abstract	iii
Índice Geral	iv
Índice de Tabelas	vi
Índice de Figuras	vii
Introdução	1
Parte I - Enquadramento da Prática Profissional	3
1 Campus Neurológico Sénior	5
1.1 Clínica Médica	5
1.2 Unidade residencial	7
1.3 Residência Sénior	9
1.4 Equipa Clínica	10
1.5 Recursos Materiais e Acessibilidade	11
2 Caracterização da população	12
2.1 Envelhecimento	12
2.2 Perturbação Neurocognitiva/Demência	16
2.2.1 Doença de Alzheimer.	18
2.2.2 Demência Frontotemporal.	20
2.2.3 Demência de Corpos de Lewy.	21
2.3 Doença de Parkinson	22
2.3.1 Síndromes parkinsonianas atípicas.	26
Parte II - Realização da Prática Profissional	29
1 Reabilitação Psicomotora no Campus Neurológico Sénior	31
1.1 Gerontopsicomotricidade	31
1.2 Espaços e horários do estágio no CNS	33
1.3 Avaliação e Observação Psicomotora	34
2 Estudos de Caso	36
2.1 Estudo de caso 1 – D. Maria	36

2.1.1	Historial clínico.	36
2.1.2	Avaliação inicial.	37
2.1.3	Perfil psicomotor.	37
2.1.4	Plano de intervenção.	38
2.1.5	Avaliação final.	39
2.1.6	Resultados e discussão dos resultados.	39
2.1.7	Reflexão Crítica	44
2.2	Estudo de caso 2 – D. Ana	45
2.2.1	Historial clínico.	46
2.2.2	Avaliação inicial.	46
2.2.3	Perfil psicomotor.	46
2.2.4	Plano de intervenção.	47
2.2.5	Avaliação final.	49
2.2.6	Resultados e discussões de resultados.	49
2.2.7	Reflexão Crítica	54
2.3	Estudo de caso de grupo	55
2.3.1	Apresentação dos casos.	55
2.3.2	Perfil psicomotor.	57
2.3.3	Plano de intervenção	57
2.3.4	Resultados e discussão de resultados	59
2.3.5	Reflexão Crítica	63
3	Atividades complementares	64
3.1	Projeto	64
3.1.1	Definição do problema/Pertinência do estudo	64
3.1.2	Objetivos	66
3.1.3	Método	66
3.1.4	Implementação do projeto	67
3.2	Materiais Psicomotores	68
3.3	Formação: Transferências e Posicionamentos	70

3.4	Atividade: “Caça aos Ovos”	70
3.5	Visita ao Teatro-Cine, Torres Vedras	71
4	Conclusão	72
	Bibliografia	74
	Anexos	83
	Anexo A – Checklist de Observação Gerontopsicomotora	85
	Anexo B - Escala de Avaliação de Desempenho das Sessões de Psicomotricidade	89
	Anexo C - Exemplo de um planeamento e relatório de sessão – Estudo de caso 1	90
	Anexo D - Exemplo de um planeamento e relatório de sessão – Estudo de caso 2	91
	Anexo E - Exemplo de um planeamento e relatório de sessão – Estudo de caso de grupo	92

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Horário semanal de estágio	33
Tabela 2 - Perfil Psicomotor D. Maria	37
Tabela 3 - Plano de Intervenção D. Maria	38
Tabela 4 - Comparação de resultados avaliação inicial e final da D. Maria	44
Tabela 5 - Perfil Psicomotor D. Ana	47
Tabela 6 - Plano de intervenção D. Ana	47
Tabela 7 - Comparação de resultado avaliação inicial e final da D. Ana	54
Tabela 8 - Perfil Psicomotor do grupo de intervenção	57
Tabela 9 - Plano de intervenção do grupo	58
Tabela 10 - Resultados da intervenção de grupo	59
Tabela 11 - Cronograma do projeto	68

Índice de Figuras

Figura 1 - Fotografias das instalações do CNS e dos serviços terapêuticos	6
Figura 2 - Fotografias de alguns espaços da Unidade Residencial	8
Figura 3 - Fotografias de alguns espaços da Residência Sênior	10
Figura 4 - Índice de envelhecimento de 1961 a 2016	12
Figura 5 - Índice de longevidade de 1961 a 2016	13
Figura 6 - Dependência dos idosos de 1961 a 2016	13
Figura 7 - Perfil psicomotor - Resultados da D. Maria	40
Figura 8 - Resultados da Avaliação Inicial e Final da D. Ana	50
Figura 9 - Materiais psicomotores	69

Introdução

O presente relatório surge no âmbito do Ramo de Atividades de Aprofundamento de Competências Profissionais, unidade curricular inserida no plano de estudos do 2.º ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana - Universidade de Lisboa.

De acordo com as normas regulamentares vigentes no ano letivo 2016/2017, o RCAP tem como objetivos principais: (a) estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora, nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar; (b) desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de Intervenção; (c) desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área. Os objetivos específicos designados no mesmo documento referem-se à oportunidade de aprendizagem e treino direcionados para o exercício da atividade profissional, facilitando a inserção do estudante no mercado de trabalho, através do ganho de competências no domínio de intervenção psicomotora e de relação com outros profissionais e com a comunidade.

O estágio decorreu no Campus Neurológico Sénior (CNS), instituição localizada em Torres Vedras, especializada em perturbações neurodegenerativas, com enfoque nas doenças do movimento. O interesse nesta instituição prende-se essencialmente com o prestígio nacional e internacional que o CNS possui neste tipo de doenças, bem como na possibilidade de trabalhar em ambiente clínico numa vasta equipa multidisciplinar.

Este relatório encontra-se dividido em três partes: a primeira esclarece o enquadramento da prática profissional, incluindo a caracterização da instituição e da população atendida, compreendendo uma breve descrição do envelhecimento, as perturbações neurocognitivas, principalmente a frontotemporal e o Parkinson, onde se descreve mais detalhadamente a degenerescência corticobasal; a segunda clarifica a realização da prática profissional, onde constam os estudos de caso acompanhados e as atividades complementares do estágio; finalmente é realizada uma reflexão crítica e as suas implicações no percurso profissional.

Parte I - Enquadramento da Prática Profissional

1 Campus Neurológico Sénior

O CNS tem como pretensão ser um espaço único na área da saúde privada em Portugal e na Europa (CNS, s.d.a). Para tal, tem como objetivo melhorar a qualidade de vida e a autonomia dos seus utentes, através de um conjunto de serviços integrados e de uma abordagem multidisciplinar, fornece acompanhamento e reabilitação a pessoas que a procuram com perturbações neurológicas e/ou com doenças de movimento, com a colaboração dos familiares e cuidadores dos residentes (CNS, s.d.b). Para além da atividade clínica, o CNS ainda justifica a sua aposta em projetos de investigação e na formação dos seus profissionais (CNS, s.d.c)

De acordo com CNS (s.d.d), a instituição rege-se de acordo com os seguintes valores:

- Humanização dos cuidados;
- Qualidade dos cuidados de saúde;
- Valorização e respeito pela autonomia do doente, dignidade humana e diversidade cultural;
- Colaboração com familiares, cuidadores e outros profissionais de saúde;
- Integração e complementaridade das valências e serviços prestados na perspetiva do benefício dos doentes e familiares;
- Valorização da formação;
- Valorização dos méritos da investigação clínica.

O CNS localiza-se em Torres Vedras, sendo composto por dois edifícios interligados, divididos em três serviços complementares: clínica médica, unidade residencial e residência sénior (CNS, s.d.c). No recinto circundante aos edifícios encontra-se uma área de jardim, desenhada a pensar na população a que se destina, à semelhança de todo o edifício, desenhado para acolher os serviços a seguir descritos.

1.1 Clínica Médica

A clínica médica possui um espaço próprio, e que de acordo com a organização tem todos os recursos humanos e tecnológicos essenciais para os cuidados médicos exercidos (CNS, s.d.e). Este local possui: sete gabinetes médicos; unidade de neuroreabilitação (composta por ginásio, piscina e salas de tratamentos tal como pode ser visto na figura 1); unidade de investigação; e centro de formação.

Os serviços oferecidos na clínica médica de acordo com o CNS (s.d.f) são diversificados, indo ao encontro de muitas das necessidades da população atendida:

- Consultas médicas na área das doenças neurológicas e outras especialidades relacionadas;
- Tratamentos com toxina botulínica em doentes com distonias musculares e espasticidade;
- Unidade de neuroreabilitação, onde se encontram inseridos a fisioterapia, hidroterapia e terapia da fala, com vista ao tratamento de doenças neurológicas.

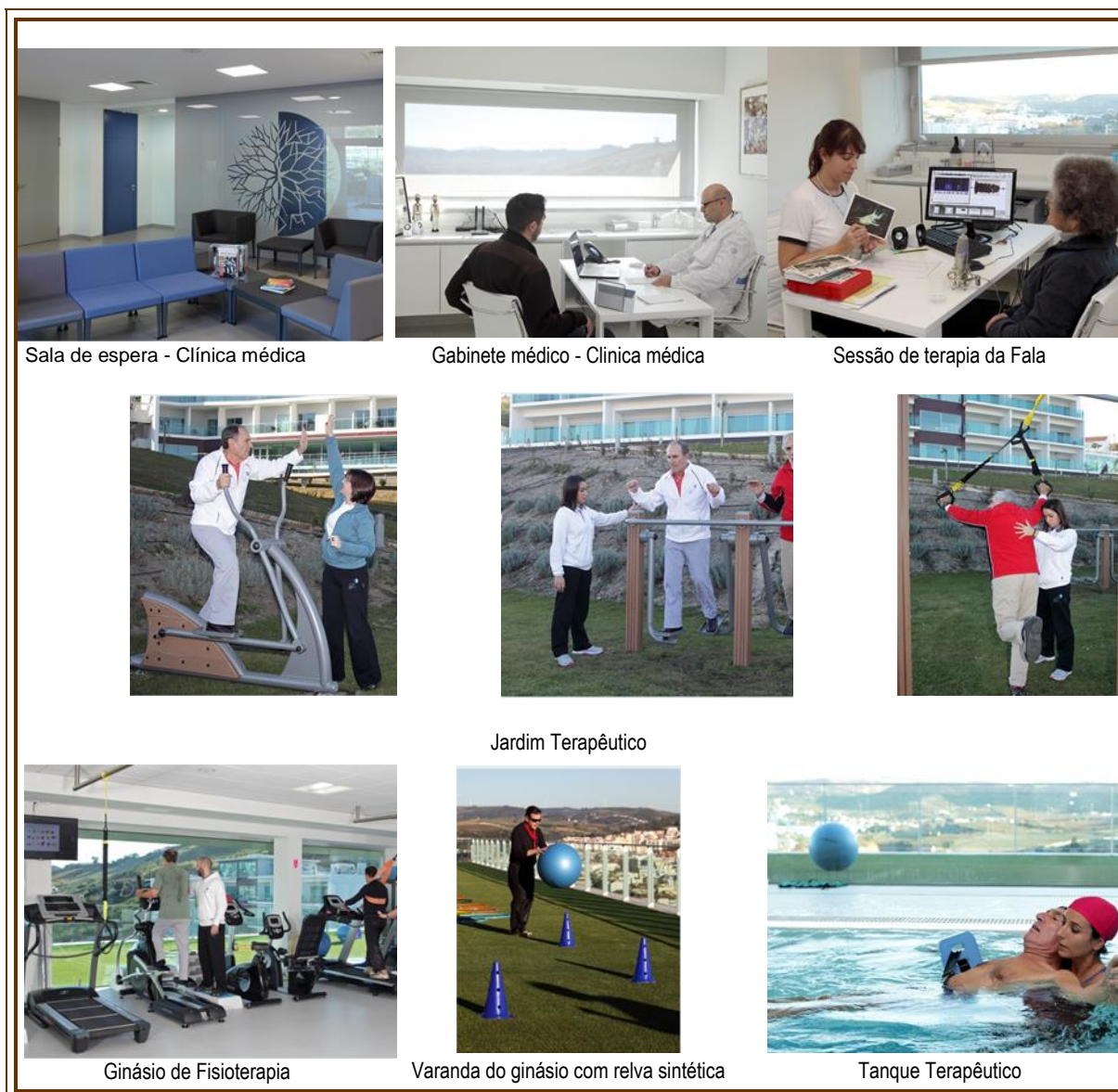


Figura 1 - Fotografias de algumas instalações do CNS e de alguns serviços terapêuticos (CNS (s.d.r). Clínica Médica: Instalações: Galeria. Retirado a 5 de outubro de 2017 de: <http://www.cnscampus.com/media/image/gallery/clinica-medica>)

Em relação à unidade de neuroreabilitação, a instituição afirma possuir evidência científica e a experiência dos profissionais em doenças neurológicas, tendo essencialmente programas de reabilitação intensivos e específicos da patologia de cada pessoa, características e impacto no dia-a-dia do indivíduo, como a marcha, o equilíbrio,

a capacidade física, as transferências/mobilidade, a função do membro superior, a fala e a deglutição (CNS, s.d.f). Para além destes, o CNS tem ainda disponíveis programas individuais, periódicos e multi-estratégicos, com enfoque especial nos problemas principais da patologia em questão, como (CNS, s.d.f):

- Programas de reabilitação individuais e/ou de grupo;
- Atividades desportivas adaptadas e acompanhadas;
- Treino em ginásio acompanhado;
- Programas de intervenção direcionados para os estádios iniciais e avançados da doença - Reabilitação da fala e comunicação;
- Hidroterapia neurológica;
- Neuroreabilitação sensorial/motora/cognitiva;
- Programa específico para equilíbrio e marcha;
- Treino em Realidade Virtual;
- Atividades no exterior (ex. caminhada nórdica, dança, atividades desportivas);
- Programas de educação para saúde específicos para doentes, cuidadores e familiares e também para a comunidade no geral – nutrição e deglutição, mobilidade no dia-a-dia, exercício e outros
- Treino com boxe;
- Programa específico em trampolim;
- Curso de uma semana intensiva de gestão da doença (doentes e cuidadores);
- Programas gerais de intervenção neurológica - pessoas vítimas de Acidentes Vasculares Cerebrais, Doença de Alzheimer, Lesões Vertebro-medulares, Esclerose múltipla e outras;
- Programas de promoção de saúde para cuidadores - hidroginástica, sessões de alongamentos, terapia de dança, ginásio livre e workshops práticos de ensino sobre áreas-chave relativos à patologia ou à própria condição de cuidador.

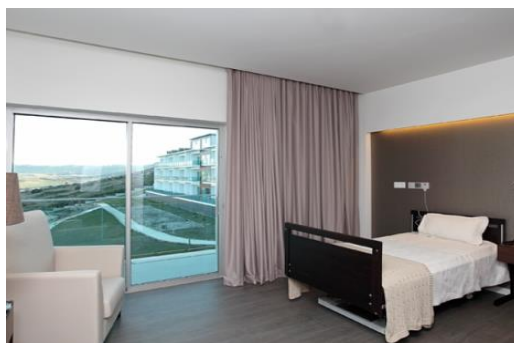
1.2 Unidade residencial

A Unidade Residencial encontra-se no edifício principal do CNS. É composto por 20 quartos individuais e 11 quartos duplos, divididos em quatro pisos, sendo que todos eles possuem uma varanda com vista para a cidade. Os dois tipos de quartos encontram-se equipados com ar condicionado, mini frigorífico, cofre pessoal, televisão, telefone, chamada de enfermagem 24h, acesso gratuito à internet, sistema de alerta automático, sistema de vigilância e controlo de localização (apenas se necessário) e casas de banho concebidas para pessoas com mobilidade reduzida/condicionada (CNS, s.d.g).

Para além do supramencionado, a Unidade Residencial possui ainda sala de refeições, ginásio, piscina, biblioteca, cafetaria, salas de estar, salas de atividades, capela, cabeleireiro, anfiteatro (figura 2) e amplos espaços exteriores com circuitos de manutenção incluídos no jardim terapêutico (CNS, s.d.h).



Casa de banho acessível



Quarto



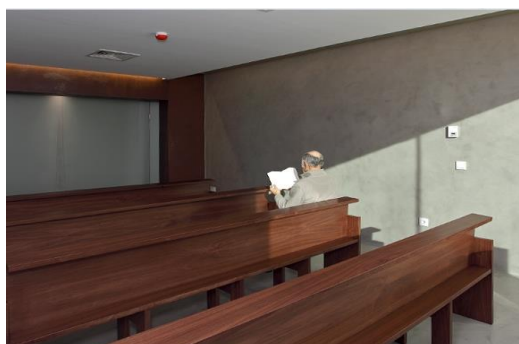
Sala de refeições



Biblioteca



Sala de estar



Capela

Figura 2 - Fotografias de alguns espaços da Unidade Residencial (CNS (s.d.s). Unidade Residencial: Instalações: Galeria. Retirado a 5 de outubro de 2017 de: <http://www.cnscampus.com/media/image/gallery/unidade-residencial>)

Na unidade residencial permanecem os utentes que usufruem de um programa de reabilitação, sendo estes (CNS, s.d.i):

- CNS 3D - Programa de avaliação, aconselhamento e treino intenso com duração de 3 dias (até 3 sessões diárias);
- CNS 1W - Programa intensivo de gestão de base da doença com duração de 1 semana (até 3 sessões diárias);
- CNS 2W - Programa de gestão intermédio da doença e treino funcional intensivo com duração de 2 semanas (até 3 sessões diárias);
- CNS 3W - Programa de gestão intermédio da doença e treino funcional intensivo com duração de 3 semanas (até 3 sessões diárias);
- CNS 4W - Programa de gestão intermédio da doença e treino funcional intensivo com duração de 4 semanas (até 3 sessões diárias);
- CNS LIFT - Programa com duração de 4 semanas intensivas com o objetivo de prevenir a ocorrência de quedas (até 3 sessões diárias);
- CNS 4W AVC - Programa com duração de 4 semanas intensivas (até 4 sessões diárias) com o objetivo de otimizar a recuperação de acidentes vasculares cerebrais.
- CNS 2 I - Programa de avaliação e ajuste terapêutico com a duração de 2 semanas.

De mencionar ainda o serviço de animação sociocultural, muito importante na ocupação dos tempos livres dos utentes, servindo de complemento aos programas terapêuticos delineados para cada um. As atividades são planeadas com uma periodicidade semanal, tendo em conta os interesses e necessidades de cada utente. São desenvolvidos os seguintes ateliers/atividades (CNS, s.d.h): atividades ao ar livre (jardinagem, passeios e jogos diversos), atividades religiosas, aulas de grupo dinamizadas pelos fisioterapeutas, cinemoterapia, clube de leitura, conversas temáticas, desafios cognitivos, escrita criativa, expressão dramática, expressão plástica, jogos de mesa, jogos de palavras, musicoterapia e yoga do riso.

1.3 Residência Sénior

A residência sénior encontra-se num edifício autónomo, interligado com o edifício principal, permitindo o acesso dos profissionais a ambos os edifícios. Possui 11 apartamentos (ver figura 3) com a tipologia T1, sete apartamentos T0, um gabinete de enfermagem e uma sala de convívio para os residentes, com um animador sociocultural (CNS, s.d.j). De referir que, em todos os apartamentos, consta uma varanda com vista para a cidade. Para além disso, os apartamentos têm Kitchenette totalmente equipada, ar condicionado, cofre pessoal, TV com 25 canais, telefone, chamada de enfermagem 24h, serviço internet gratuito, sistema de emergência automático (incêndio, gás e eletricidade), serviço de vigilância e controlo de localização (quando necessário) e casas de banho concebidas para pessoas com mobilidade condicionada/reduzida.

A vivência familiar é muito privilegiada pelo CNS, pelo que poderá beneficiar de todos os serviços disponíveis, passando tempo em família (CNS, s.d.l)

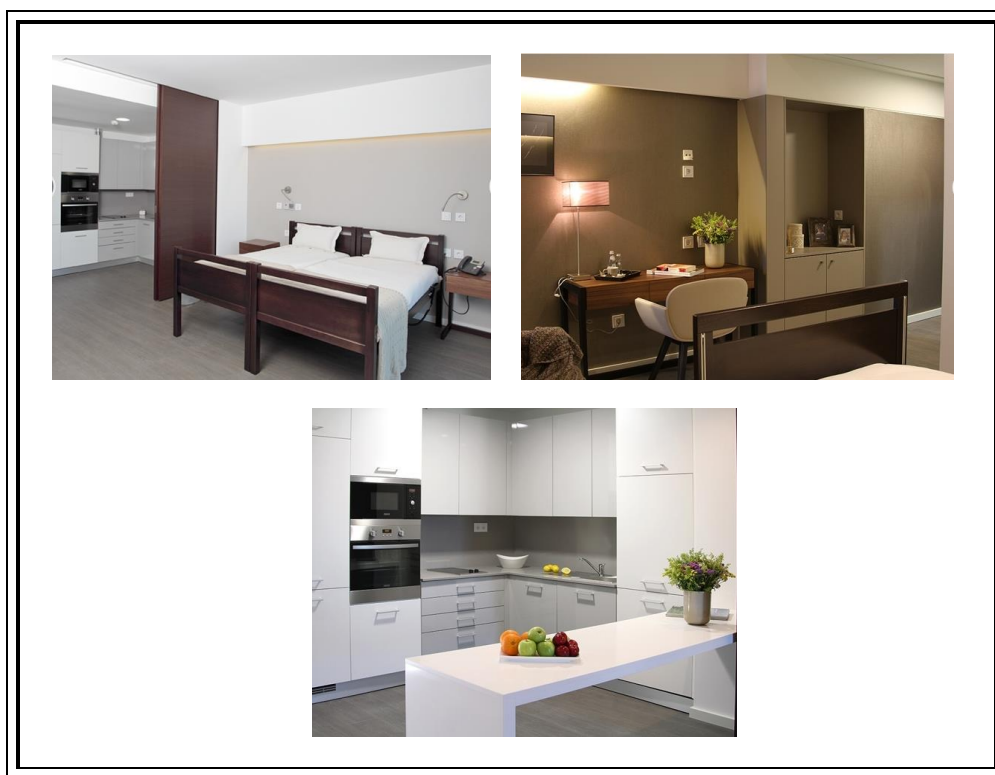


Figura 3 - Fotografias de alguns espaços da Residência Sénior (CNS (s.d.t). Residência Sénior: Instalações: Galeria. Retirado a 5 de outubro de 2017 de: <http://www.cnscampus.com/media/image/gallery/residencia-senior>)

1.4 Equipa Clínica

A equipa de profissionais do Campus Neurológico Sénior é constituída por:

- 25 médicos distribuídos pelas seguintes especialidades: neurologia, neurocirurgia, medicina interna, psiquiatria, urologia, ortopedia, anestesiologia, dermatologia e cardiologia (CNS, s.d.m);
- 6 psicólogos (CNS, s.d.n);
- 15 enfermeiros (CNS, s.d.o);
- 12 fisioterapeutas (CNS, s.d.p);
- 5 terapeutas da fala (CNS, s.d.p);
- 1 dietista (CNS, s.d.q);

A psicomotricidade foi uma área maioritariamente desenvolvida com os utentes da residência sénior, por serem residentes permanentes da instituição e porque na sua generalidade não tinha acesso aos serviços prestados na unidade residencial (e.g. fisioterapia, terapia da fala, etc.) de forma individualizada.

Todos os profissionais trabalham em âmbito multidisciplinar, reunindo a equipa duas vezes por semana para discutir o quadro clínico dos utentes. O trabalho destes profissionais, juntamente com os animadores socioculturais e auxiliares de ação direta, contribui para um funcionamento harmonioso entre todas as valências, conduzindo a um tratamento mais eficaz e a um maior bem-estar, havendo ganhos ao nível da autonomia e, por conseguinte na qualidade de vida dos utentes.

1.5 Recursos Materiais e Acessibilidade

O CNS, por ser uma instituição recente, está ainda a apostar na aquisição de materiais com vista a desenvolver mais atividades e com melhor qualidade. No entanto, já possuiu uma quantidade considerável de recursos, principalmente ao nível das terapias realizadas (fisioterapia, terapia da fala, treino cognitivo), que permitem diversificar os jogos, atividades e sessões terapêuticas, bem como facilitar as atividades de vida diária.

Em relação à acessibilidade, é um edifício acessível, sendo possível circular uma cadeira de rodas em toda a área disponível, incluindo a entrada na instituição, tendo também acesso fácil de elevador a todos os pisos. A deslocação entre os diferentes andares é facilitada através de placas informativas, que se encontram em locais estratégicos da instituição, possibilitando aos utentes uma melhor orientação espacial.

2 Caracterização da população

Será realizado seguidamente um breve enquadramento teórico, que inclui o envelhecimento e as patologias dos estudos de caso apresentados, sendo elas: as perturbações neurocognitivas (ou demências), dando especial enfoque à Doença de Alzheimer, à perturbação neurocognitiva frontotemporal e à demência de Corpus de Levy; e a doença de Parkinson, nomeadamente a degenerescência corticobasal.

2.1 Envelhecimento

Com a melhoria das condições de vida, assiste-se a um aumento da população idosa em quase todos os países do mundo. Devido a tal e à diminuição das taxas de natalidade, a proporção de pessoas com mais de 60 anos está a crescer mais rápido do que qualquer outra faixa etária, de acordo com World Health Organization (WHO, s.d.a) e Pereira (2004). A figura 4 ilustra esse crescimento exponencial em Portugal, tendo como base dados fornecidos na PORDATA (s.d.), onde é possível observar que o índice de envelhecimento (i.e., a relação entre pessoas com mais de 65 anos existentes por cada 100 jovens com menos de 15 anos) aumentou de 27.5% em 1961 para 148.7%, em 2016. Constata-se também que o índice de longevidade, bem como o de dependência dos idosos, aumentou ao longo dos anos, sendo que o primeiro subiu de 33.6%, em 1961, para 48.8%, em 2016, e o segundo de 12.7%, em 1961, para 32.1%, em 2016, como é possível visualizar nas figuras 4 a 6, respetivamente.

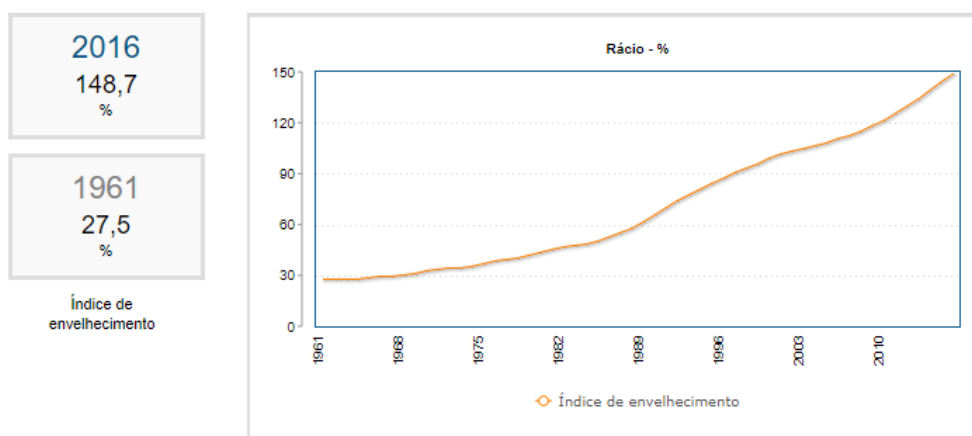


Figura 4 - Índice de envelhecimento de 1961 a 2016 (PORDATA, s.d., Indicadores de envelhecimento em Portugal. Retirado a 17 de setembro de 2017 de: www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526)

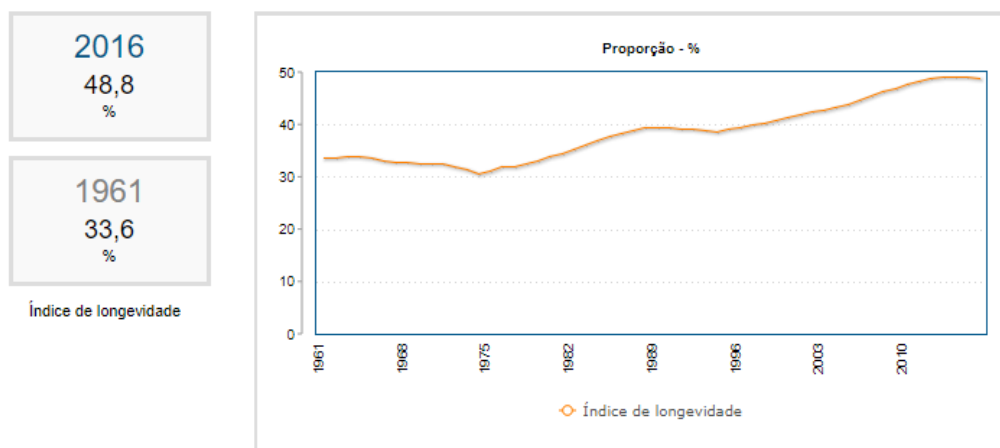


Figura 5 - Índice de longevidade de 1961 a 2016 (PORDATA, s.d., Indicadores de envelhecimento em Portugal. retirado a 17 de setembro de 2017 de: www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526)

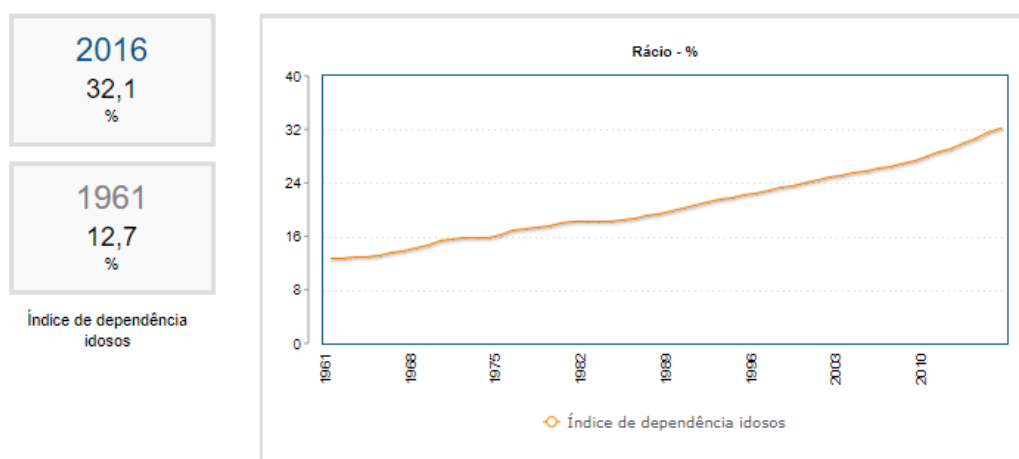


Figura 6 - Dependência dos idosos de 1961 a 2016 (PORDATA, s.d., Indicadores de envelhecimento em Portugal. Retirado a 17 de setembro de 2017 de: www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526)

Torna-se assim essencial clarificar o conceito de envelhecimento e as suas implicações no indivíduo.

Sequeira (2010) afirma que o envelhecimento encontra-se associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que decorrem ao longo da vida, sendo que, apesar de cronologicamente os 65 anos ser a idade utilizada como indicador de envelhecimento, este não é um marco rigoroso. Barreiros (2006) e Pereira (2004) acrescentam que, quer as características biológicas, como as funcionais do nosso corpo, apresentam uma elevada estabilidade, contudo, com o decorrer do tempo, os diferentes sistemas começam a sofrer alterações no seu funcionamento ótimo, variando de indivíduo para indivíduo. O envelhecimento afeta os sistemas sensoriais e as informações

perceptivas, começando a registrar-se declínios na percepção, afetando o comportamento do idoso ao nível da ação, uma vez que esta depende da integração de todas as fontes de informação.

As dificuldades ao nível da velocidade e amplitude do movimento, da força, e da flexibilidade começam a ser evidentes no processo de envelhecimento (Aubert e Albaret, 2001). Estes fatores associados à rigidez derivada de problemas de regulação tónica, condicionam o equilíbrio e a postura, que por sua vez irão determinar a integração da informação sensorial e, conseqüentemente, a resposta motora (Michel, Soppelsa e Albaret, 2011).

O aumento do risco de queda também está diretamente associado ao avançar da idade e pode ter como causas as mudanças físicas, sensoriais e cognitivas, aliadas à lentificação da marcha, o encurtamento dos passos e o arrastar dos pés. Tal diminui o tempo de apoio unipodal que, juntamente com a flexão do tronco, condiciona o balancear dos braços, conduzindo, assim, a maiores desequilíbrios durante a marcha. De salientar que, os espaços físicos, por vezes também não estão adaptados a estas populações, facilitando a ocorrência de quedas. (Michel et al., 2011; WHO, 2017a).

A imagem corporal é igualmente afetada, sofrendo modificações que têm um efeito negativo na organização da personalidade e das relações com o outro, isto porque a consciência de si e dos outros é realizada a partir de um corpo que está fragilizado, conduzindo à insegurança. (Fernandes, 2014).

As dificuldades ao nível das funções perceptivo-motoras levam também a problemas nos movimentos que exigem coordenação dinâmica geral, enquanto as funções visuoespaciais e a motricidade fina perdem força, velocidade e amplitude (Michel, et al., 2011). Juhel (2010) acrescenta que não só os automatismos, (e.g. marcha) sofrem uma lentificação acentuada, mas o mesmo também se verifica nos movimentos espontâneos, principalmente ao nível da motricidade fina.

Com o envelhecimento evidenciam-se ainda dificuldades na percepção do tempo (orientação temporal) e na sequencialização de acontecimentos, bem como nas habilidades construtivas (Juhel, 2010; Michel, et al., 2011). A nível espacial, as dificuldades sentidas condicionam os deslocamentos dos indivíduos, principalmente em espaços desconhecidos (Juhel, 2010).

Barreiros (2006) e Morais (2007) referem que com a ancianidade as condições relativas à atenção, memória, tomada de decisão, aprendizagem e agilidade na realização de movimentos começam a evidenciar uma maior lentidão.

Sequeira (2010) e Madera (2005) afirmam também que a nível social os idosos tendem a reduzir os seus contactos sociais, devido, em grande parte, à reforma, o que leva a uma percepção de diminuição da importância do próprio, considerando-se inútil. A estes fatores associam-se o isolamento, solidão e sentimentos de tristeza e depressão, que conduzem, consequentemente, a um processo de envelhecimento defensivo e, por vezes, frustrado.

A nível psicológico denota-se um mal-estar, e por vezes um quadro depressivo (Madera, 2005; Nunes, 2008). Tais alterações devem-se a diferentes fatores, tais como o momento de reforma, suprarreferido. O maior nível de controlo emocional associado ao envelhecimento leva a que o idoso guarde as suas emoções só para si, o que, juntamente com a percepção da limitação de algumas competências, provoca as alterações psicológicas mencionadas. Olalla (2009) refere que o bem-estar na velhice se encontra associado à presença de estados emocionais positivos, como: (a) sentir-se bem consigo próprio; (b) ser otimista perante as situações e a vida; (c) e a conservação de objetivos.

De acordo com Borges, Aprahamian, Radanovic e Forlenza (2010) e Fonseca (2010) durante o processo de crescimento, desde nascimento até à idade adulta, evolui-se do mais simples para o mais complexo, dos automatismos aos movimentos voluntários, da ação ao pensamento, da medula ao córtex, aperfeiçoando a psicomotricidade. Por outras palavras, aquando do nascimento existem reflexos de sobrevivência que são uma preparação para a funcionalidade, (e.g. reflexos de sucção e de preensão palmar, necessários para a sobrevivência do bebé durante o primeiro ano de vida). Todavia, o seu desaparecimento leva à libertação dos membros que permitirá a manipulação de objetos. O equilíbrio dá ao indivíduo a marcha independente, possibilitando o desenvolvimento da lateralidade, da noção corporal e da estruturação espaciotemporal. Na adolescência, desenvolvem-se as praxias global e fina, sendo considerado o topo do desenvolvimento (Borges et al., 2010). Por isso, os sete fatores psicomotores descritos têm importância para o desenvolvimento, quer a nível motor, mas também cognitivo, afetivo e social do ser humano, não só pelo processo ontogenético, como também pela experiência adquirida ao longo da vida. Por outro lado, durante o processo de envelhecimento, acontece o processo inverso, a chamada retrogênese

psicomotora, i.e., uma involução, desde a praxia fina à tonicidade, do pensamento à ação, do movimento voluntário aos automatismos, do córtex à medula. Este conceito de retrogênese psicomotora foi abordado pela primeira vez por Ajuriaguerra e Tissor, em meados dos anos 60, tendo concluído que alguns dos estádios de evolução da demência eram inversos aos estádios de desenvolvimento propostos por Piaget (Borges et al., 2010; Fonseca, 2010). Esta involução expressa-se de acordo com Fernandes (2014) em:

- lentificação psicomotora;
- perda de força;
- fadiga;
- aumento do tempo de reação;
- problemas práxicos;
- problemas espácio-temporais;
- problemas sociais;
- problemas de regulação emocional;
- dificuldades da marcha, muitas vezes associados ao medo de cair;
- desvalorização de si mesmo e da imagem corporal.

Existem diversos fatores comportamentais, sociais, ambientais e genéticos que levam ao surgimento de diversas doenças e incapacidades no idoso, e que provocam, geralmente, uma dependência física e/ou mental (Fechine e Trompieri, 2012; Sequeira, 2010). Quando, durante o processo de envelhecimento, se verifica uma decadência progressiva das capacidades cognitivas, com comprometimento do estado de consciência, limitando a autonomia do indivíduo, e tendo efeitos ao nível das atividades da vida diária (AVD), pode estar-se perante um cenário de demência (ou perturbação neurocognitiva). Esta patologia, para além de ser a principal responsável pelas limitações funcionais que levam à dependência dos idosos, tem efeitos também nos cuidadores das pessoas que a desenvolvem (Abreu, Forlenza e Barros, 2005; Rabins e Blass, 2014; WHO, 2017b).

2.2 Perturbação Neurocognitiva/Demência

A *American Psychiatric Association* (APA) descreve no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM), na sua quinta edição (APA, 2013) as perturbações neurocognitivas (PNC), ou demência, como declínios cognitivos adquiridos e não congénitos, que afetam o desempenho autónomo das AVD, num ou mais dos seguintes domínios: atenção complexa, funções executivas, aprendizagem e memória, linguagem, capacidade perceptive-motora e cognição social. As PNC podem ser major ou ligeiras, tendo em conta a intensidade dos sintomas. A PNC major surge quando existe

um declínio significativo nas funções mentais que afeta a execução independente das AVD instrumentais complexas (e.g. pagar contas). A PNC ligeira, de acordo com o mesmo manual, refere-se a declínios com uma influência reduzida no desempenho independente das AVD instrumentais complexas, onde as estratégias de compensação podem ser uma ferramenta para colmatar esses declínios.

As PNC são uma doença crónica e progressiva, que retira qualidade de vida aos indivíduos que a possuem e aos seus cuidadores, com implicações a nível social e funcional, devido à redução da autonomia (Adams, Stern, Olivier e Blodgett, 2013; Fialho, Köening, Santos, Barbosa e Caramelli, 2012; Rabins e Blass, 2014; Talmelli, Vale, Grato, Kusumoto e Rodrigues, 2013).

Adams et al. (2013) afirmam que entre 1% a 2% dos indivíduos diagnosticados tem comorbidade com uma doença potencialmente reversível, como hidrocefalia de pressão normal, hipotireoidismo, depressão major, entre outras. APA (2013) acrescenta que as perturbações de humor são mais comuns na degeneração lobar frontotemporal, enquanto a depressão está mais associada à doença de Alzheimer e à doença de Parkinson.

Existem alguns sintomas comportamentais associados às PNC como: perturbações do sono (e.g. insónias, hipersónias e alterações do ritmo circadiano); apatia; vaguear; desinibição; hiperfagia; acumulação; e, nas fases mais avançadas, agitação. Esta última pode originar comportamentos agressivos, como consequência de confusão ou frustração, sendo mais evidentes na prestação de cuidados básicos, como a higiene ou o vestir/despir (APA, 2013; LoGiudice e Watson, 2014; WHO, 2017b).

LoGiudice e Watson (2014) afirmam que a demência não faz parte do envelhecimento “normal”, afetando maioritariamente a população acima dos 60 anos. A APA (2013) acrescenta ainda que aos 65 anos a prevalência é de cerca 1-2%, aumentando aproximadamente 30% aos 85 anos de idade. Foss, Vale e Speciali (2005) e APA (2013) afirmam existirem mais casos diagnosticados no género feminino, principalmente pela sua maior longevidade. Para além disso, os sintomas são mais facilmente detetados em pessoas que desempenham funções mais complexas, pois os testes neurológicos realizados estão adaptados à população em geral, podendo ser de mais difícil acesso a indivíduos com níveis de escolaridade mais baixos, que estão fora do seu ambiente cultural, ou testados num idioma que não é a sua língua materna (APA, 2013).

Numa fase inicial o tratamento pode acontecer em casa, porém, com o avançar da doença, a institucionalização acaba por ser a solução mais segura por esta população constituir um grupo vulnerável, com maiores taxas de morbilidade e mortalidade (LoGiudice e Watson, 2014; Rabins e Blass, 2014). Mueller, Ballard, Corbett e Aarsland (2017) acrescentam que a entrada num apoio domiciliário acontece principalmente devido à idade avançada, aos problemas de memória e cognitivos associados à demência, ao facto de o idoso viver sozinho ou por desgaste do cuidador. Por sua vez, a institucionalização decorre de sintomas neuropsiquiátricos, como a agressividade ou irritabilidade, bem como problemas motores, que conduzem a estado de maior dependência.

Os autores LoGiudice e Watson em 2014 defendem que para realizar o diagnóstico devem ter-se em conta diversos fatores, entre eles: a história do doente, os sinais clínicos, exames laboratoriais e de neuroimagem e a utilização de diversas ferramentas de rastreio cognitivo, como o *Mini-Mental State Examination*, de Cockrell e Folstein (2002). Um diagnóstico precoce, com um encaminhamento adequado aos serviços de apoio e aconselhamento pode atrasar a progressão da doença e a consequente institucionalização do indivíduo (Adams et al., 2013; LoGiudice e Watson, 2014).

Posto isto, o prognóstico após o diagnóstico pode ser diferenciado entre indivíduos, traduzindo-se em diferentes necessidades e dificuldades, bem como a diferentes níveis de dependência ao nível das AVD. Desta forma, é necessário elucidar os vários tipos de demência existentes para que o prognóstico possa ser adequado, ajudando a um tratamento mais eficaz (Mueller et al., 2017).

2.2.1 Doença de Alzheimer.

A Doença de Alzheimer (DA) é a doença neurodegenerativa mais frequente, cerca de 60% dos casos, e consiste em perdas sinápticas e morte neuronal nas regiões cerebrais tais como o córtex cerebral ou o hipocampo (Alzheimer's Association, 2017; APA, 2013; Neto, Tamelini e Forlenza, 2005; Pierce, Bullain e Kawas, 2017; Sereniki e Vital, 2008; Storti, Quintino, Silva, Kusumota e Marques, 2016). APA (2013) afirma ainda que para se estar perante um quadro de DA provável é necessário existir evidência familiar de mutação genética responsável pela referida doença, perdas de memória e aprendizagem em pelo menos um domínio cognitivo, declínio gradual e contínuo da cognição e não existir indícios de outra doença neurodegenerativa ou cerebrovascular ou alguma

condição neurológica, mental ou sistêmica que possa ser a origem do declínio cognitivo. Caso não existam evidências familiares ou comprovação da mutação genética, mas os outros fatores estiverem reunidos, considera-se possível o diagnóstico de DA.

Numa fase inicial, a DA manifesta-se principalmente com perdas de memória episódica de longo e curto prazo e dificuldades na aquisição de novas competências, evoluindo progressivamente para problemas a nível comportamental e cognitivo, nomeadamente no julgamento, cálculo, raciocínio abstrato e capacidades visuoespaciais, podendo ainda verificar-se afasia fluente e apraxia (Abreu et al., 2005; Alzheimer's Association, 2017; APA, 2013; Neto et al., 2005; Pierce et al., 2017). Com o avançar da doença vão surgindo mudanças ao nível do ciclo de sono e do comportamento, sendo que os indivíduos com DA tendem a ser agressivos, hiperativos e a demonstrar irritabilidade, alucinações, deambulações, apatia e depressão. Verificam-se ainda sintomas psicóticos, lentificação da marcha e do discurso e ainda dificuldades ao nível das AVD, não só por esquecimento como também por perda do conceito da ação em si. Para além destes sintomas, as pessoas com DA podem apresentar défices nas funções executivas (em particular na capacidade de planejar ações, tomar decisões e executar tarefas), declínios ao nível da concentração, perda de peso, insónias, disfagia, incontinência, mioclonias e convulsões (Alzheimer's Association, 2017; APA, 2013; Neto et al., 2005; Nordon, Guimarães, Kosonoe, Mancilha e Neto, 2009; Sereniki e Vital, 2008).

As perdas de memória nestes doentes vão comprometer não só o desempenho nas AVD, como já referido, como também as relações sociais, uma vez que “a memória biográfica dá reconhecimento da identidade. Sem lembrar-se de fatos, de lugares e de pessoas, diz-se que há menos pessoas a cada dia” (Abreu et al., 2005 p. 134). Tal irá desencadear problemas como cuidar de si próprio e relacionar-se com aqueles que o rodeiam, perdendo a razão, a autonomia e a coerência, dando a impressão de que apenas trata de garantir a sua sobrevivência, ignorando a sua qualidade de vida. Por outro lado, APA (2013) refere que a cognição social, i.e. o funcionamento social e a memória processual, como dançar ou tocar um instrumento musical, podem ser mantidas durante longos períodos de tempo (Abreu et al., 2005).

APA (2013) refere ainda que a prevalência da DA vai aumentando com a idade, situando-se entre os 5% e os 10% aos 70 anos, aumentando para cerca dos 25% depois de ultrapassada essa faixa etária. Menciona ainda que os casos de início precoce são mais fáceis de diagnosticar devido à menor probabilidade de cormobilidade com outras patologias. Todavia, quando existem cormobilidades a evolução e expressão da DA é

afetada, complexificando o seu diagnóstico e terapêutica. Com o crescimento exponencial da população idosa em todo o mundo, também se estima que o número de casos de DA venha a aumentar, prevendo-se que em 2050 existam cerca 106.8 milhões de casos em todo o mundo, dos quais 16.51 milhões serão europeus (Niu, Álvarez-Álvarez, Guillén-Grima e Aguinaga-Ontosoto, 2017).

No que concerne a fatores de risco, são referidos a lesão cerebral, sexo feminino, baixos níveis de escolaridade, falta de atividade física, tabagismo, obesidade, diabetes e existência de historial clínico de DA na família (Alzheimer's Association, 2017; APA, 2013; Niu et al. 2017; Pierce et al., 2017).

A Alzheimer's Association (2017) e Pierce e colaboradores (2017) referem que não existem tratamentos que retardem ou revertam a DA, porém alguns medicamentos podem melhorar alguns sintomas, dando benefícios funcionais. A Alzheimer's Association (2017) refere ainda a utilização de terapias não farmacológicas como uma opção válida para o tratamento da DA.

2.2.2 Demência Frontotemporal.

A Demência Frontotemporal (DFT) está associada à degeneração dos lobos frontais e temporais, estando na lista das mais comuns nos casos de demência precoce e com uma prevalência semelhante à DA nos casos que surgem depois dos 65 anos. Existem duas variantes na DFT: a comportamental e a de linguagem. (APA, 2013; Arrant e Roberson, 2016; Chare et. al. (2014); Neto et al., 2005; Oliver et al., 2015; Olney, Spina e Miller, 2017; Park et. al., 2017; Wauters, Sleegers, Cruts e Broeckhoven, 2017).

A variante comportamental é a mais comum e inclui sintomas como: desinibição, apatia ou inércia, falta de empatia, comportamento compulsivo/repetitivo e mudanças nas preferências alimentares. Estes sintomas afetam o dia-a-dia do indivíduo, quer no trabalho, quer nas relações sociais, destacando-se as relações familiares. Para além disso, a possível perda de interesse em socializar, em cuidar de si próprio, a redução da capacidade crítica ou os comportamentos socialmente desadequados, levam a que a procura de ajuda médica seja adiada (APA, 2013; Arrant e Roberson, 2016; Neto et al., 2005; Oliver et al., 2015; Olney et al., 2017). Numa fase mais avançada existe a possibilidade de perda do controlo dos esfíncteres (APA, 2013).

Por outro lado, a variante de linguagem caracteriza-se pelo declínio na capacidade linguística desde a produção do discurso, escolha de palavras, nomeação de objetos, gramática ou compreensão de palavras, existindo dois subtipos diferentes (APA,

2013; Arrant e Roberson, 2016; Chare et al., 2014; Neto et al., 2005; Nordon et al., 2009; Olney et al., 2017; Wauters et al., 2017):

- **Semântica:** problemas ao nível da compreensão das palavras e pela anomia, i.e. os indivíduos tem um discurso fluente mas possuem dificuldades em recordar-se no nome de objetos/pessoas; não são frequentes os défices de memória, porém existem alterações de comportamento típicas da variante comportamental;
- **Não fluente/agramática:** problemas ao nível da produção da fala, possuindo um discurso lento e esforçado, com muitas paragens, erros gramaticais e sons incorretos; a compreensão das palavras não está afetada, podendo apenas verificar-se dificuldades ao nível das frases complexas; dificuldades ao nível dos aspetos motores da fala que podem evoluir para problemas ao nível da deglutição.

A APA (2013) e Arrant e Roberson (2016) mencionam ainda que não se verificam muitas alterações ao nível da aprendizagem, da memória e da função perceptive-motora, nas duas variantes descritas.

APA (2013) refere que 20% a 25% dos casos acontece depois dos 65 anos, sendo este tipo de PNC a responsável por cerca de 5% de todos os casos de demência. Em relação ao género, a APA (2013) afirma que a variante comportamental e a variante de linguagem semântica é mais comum no sexo masculino, enquanto que a variante de linguagem não fluente é superior no sexo feminino. Sabe-se também que em 40% dos casos, os indivíduos têm historial familiar de PNC de início precoce e que 10% apresenta um padrão de hereditariedade autossómica dominante (APA, 2013; Wauters et al., 2017).

Arrant e Roberson (2016) e Wauters et al. (2017) dizem não existirem tratamentos que façam a doença regredir, no entanto alguns medicamentos podem ser administrados com o intuito de atenuar os sintomas. Wauters et al. (2017) referem ainda a importância das terapias não-farmacológicas, como o apoio psicossocial e o apoio aos cuidadores e/ou familiares, com vista a minimizar os comportamentos desadequados e as consequências. Os mesmos autores mencionam ainda a fisioterapia, a terapia ocupacional, a terapia da fala e os grupos de apoio, como ferramentas úteis para diminuir a intensidade dos sintomas.

2.2.3 Demência de Corpos de Lewy.

A Demência dos Corpos de Lewy (DCL) corresponde à morte e degeneração de células nervosas cerebrais – os corpos de Lewy. Estes corpos são agregados de proteínas presentes no córtex cerebral e no tronco encefálico, sendo que a sua localização no cérebro irá determinar a manifestação da doença (Mueller et al., 2017; Tavares e Azeredo, 2003).

Para realizar o diagnóstico da mesma, a APA (2013) e Walker, Possin, Boeve e Aarsland (2015) referem como necessário um início insidioso e uma progressão gradual e pelo menos uma característica de diagnóstico nuclear e uma de diagnóstico sugestivas, sendo elas:

- Características de diagnóstico nucleares:
 - Flutuações da cognição com variações acentuadas na atenção e na vigília;
 - Alucinações visuais recorrentes e bem detalhadas;
 - Sinais parkinsonianos, que começam depois dos défices cognitivos.
- Características de diagnóstico sugestivas:
 - Perturbação de comportamento do sono de movimentos oculares rápidos (sonos REM);
 - Sensibilidade grave aos neurolépticos.

A DCL apresenta como sintomas: défices cognitivos progressivos, afetando principalmente as funções executivas e a atenção; alucinações visuais bem detalhadas; problemas ao nível do sono REM (que poderão ser de início precoce); depressão; delírios; e alguns sinais parkinsonianos (nomeadamente a rigidez e a bradicinesia), que se iniciam cerca de um ano após os sintomas cognitivos (Alzheimer's Association, 2017; APA, 2013; Cromarty et. al., 2016; Lingler e Kaufer, 2003; Mueller et al., 2017; Neto et al., 2005; Nordon et al., 2009; Tavares e Azeredo, 2003; e Walker et al., 2015). Apesar da perda de memória não ser evidente nas fases iniciais da doença, vai sendo evidenciada com a progressão da mesma. APA (2013), Mueller et al. (2017) e Walker et al. (2015) mencionam ainda que podem acontecer episódios de perda de consciência, hipotensão ortostática, incontinência urinária e alucinações auditivas.

Os dados de APA (2013) e de Friedman (2017) apontam para uma prevalência de 0.1% a 5% na população em geral, sendo responsável por cerca de 1.7% a 30.5% dos casos de demência, encontrando-se com maior incidência no sexo masculino (Walker et al., 2015).

Mueller e seus colaboradores (2017) alertam, contudo, para a falta de evidências e de estudos mais aprofundados que permitam um diagnóstico mais rápido e eficaz, e um tratamento mais adequado nos prognósticos de DCL.

2.3 Doença de Parkinson

A Doença de Parkinson (DP) é uma doença progressiva e crónica, sendo a segunda doença neurodegenerativa mais comum, depois da DA, que surge maioritariamente a partir dos 60 anos, sendo que a prevalência em pessoas com mais de 85 anos está

estimada em 5% (Cruz, Luengo e Lambeck, 2016; Fukunaga et al., 2014; Lirani-Silva, Mourão e Gobbi, 2015; Martinez-Martín et al., 2015; Nascimento e Albuquerque, 2015; Nolden, Tartavoule e Porshe, 2014; Pérez e Cancela, 2014; Silva et al., 2013; Tambosco, Percebois-Macadré, Rapin, Nicomette-Bared e Boyer, 2014; e Toro e Buriticá, 2014). Existe uma maior taxa de diagnósticos em indivíduos do género masculino, em comparação com o feminino, de acordo com informações de Cruz et al. (2016), Fukunaga et al. (2014), Nascimento e Albuquerque (2015), Teixeira-Arroyo, Rinaldi, Barbieri, Vítório e Gobbi (2014) e Toro e Buriticá (2014). No entanto, Teixeira-Arroyo et al. (2014) referem que não existem diferenças significativas nem na expressão dos sintomas, nem na resposta ao tratamento nos dois géneros. Em Portugal, existem atualmente cerca de 18.000 pessoas com DP (Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson [APDPk], 2014). Sabe-se também que em cerca de 25% dos casos de DP existe o risco de demência, sendo que este valor duplica 10 anos após início da doença (Walker et al., 2015).

No cérebro, as estruturas afetadas são a substância negra e os núcleos basais, responsáveis pela praxia fina, existindo uma diminuição na produção de dopamina, neurotransmissor responsável pela transmissão de mensagens relacionadas com o início e controlo do movimento e do equilíbrio (APDPk, 2014; Fukunaga et al., 2014; Lirani-Silva et al., 2015; Magalhães e Correia, 2013; Nascimento e Albuquerque, 2015; Nolden et al., 2014; Pérez e Cancela, 2014; Teixeira-Arroyo et al., 2014; Silva et al., 2013).

De notar que o processo normal de envelhecimento por si só já acarreta uma diminuição na produção de dopamina, o que, somado às alterações fisiopatológicas associadas à DP, pode contribuir para o desenvolvimento de sintomas da doença, como é referido no estudo de Nolden e seus colaboradores (2014).

Os sintomas da DP são essencialmente motores, tanto de cariz primário como secundário, no entanto também poderão ser não-motores. Os sintomas motores primários são conhecidos pela sigla TRAP (APDPk, 2014; Fukunaga et al., 2014; Lirani-Silva et al., 2015; Magalhães e Correia, 2013; Martinez-Martín et al., 2015; Nascimento e Albuquerque, 2015; Nolden et al., 2014; Pérez e Cancela, 2014):

- Tremor em repouso, presente nas fases mais iniciais, o mais comum e mais associado à DP – aproximadamente 70% dos casos apresenta este sintoma - pode ter uma apresentação intermitente, tendendo a desaparecer com o uso do membro afetado;
- Rigidez, i.e., aumento da resistência, por vezes associado à dor (alterações no tónus observadas pela mobilização passiva);

- **Acinesia/bradicinesia**, i.e., lentidão de movimentos, dificuldades no planeamento e execução do movimento em tarefas sequenciais e simultâneas;
- **Instabilidade Postural** - desequilíbrios que podem dar origem a quedas, estando mais presente em estádios mais avançados da DP.

Os quatro sintomas acima descritos (TRAP) são fundamentais na elaboração do diagnóstico, sendo que a bradicinesia tem de estar presente com pelo menos um dos outros três sintomas. Estes não podem ser explicados por diagnósticos alternativos, como instabilidade postural precoce ou outras que possam causar sintomas de parkinsonismo atípico. Os sujeitos devem ainda ter como critério uma resposta a fármacos dopaminérgicos, como a levodopa. A maioria dos casos é considerada idiopática, i.e. sem causa estabelecida (APDPk, 2014; Magalhães e Correia, 2013; Nolden et al., 2014; Toro e Buriticá, 2014). De notar que a ressonância magnética e a tomografia computadorizada são utilizadas no diagnóstico por forma a descartar as hipóteses de tumor cerebral ou acidente vascular cerebral (APDPk, 2014; Nolden et al., 2014).

Para além dos TRAP, de acordo com Lirani-Silva e colaboradores (2015), Magalhães e Correia (2013), Nascimento e Albuquerque (2015), Nolden e colaboradores (2014), e Tambosco e colaboradores (2014), existem inúmeros sintomas secundários como disartria, hipofonia, disfagia e sialorreia que poderão ser explicados através dos sintomas primários da bradicinesia e da rigidez ao nível do aparelho fonador. É também comum surgir um congelamento na marcha (*freezing*) e acelerações de movimento indesejadas (fatores de risco mais influentes para as quedas), micrografia, diminuição da expressão facial, taquifemia, podendo tornar a fala incompreensível e, por vezes, alterações dos movimentos oculares (Magalhães e Correia, 2015; Nolden et al., 2014). Em relação aos sintomas não-motores, surge a depressão, a ansiedade, a apatia, as alucinações, os problemas sensoriais, de sono e sexuais, a demência, os problemas de memória, a diminuição da capacidade de atenção, as dificuldades de planeamento e de resolução de problemas, as alterações ao nível do sistema nervoso autónomo, os comportamentos obsessivo-compulsivos (como a compulsão alimentar, as compras compulsivas e a excessiva organização dos objetos), a impulsividade, a fadiga e a anosmia. Todos estes fatores são fortes preditores de problemas cognitivos (APDPk, 2014; Martinez-Martín, 2015; Nolden et al., 2014; Pfeiffer, 2016; Toro e Buriticá, 2014). Fukunaga et al. (2014) referem ainda que os indivíduos com DP têm dificuldades em executar movimentos simultâneos e tarefas em sequência, sendo necessário terminar a execução de um movimento antes de iniciar o seguinte.

Os fatores de risco mais estudados são os genéticos, de acordo com Toro e Buriticá (2014), sabendo-se hoje que indivíduos com familiares próximos que tenham tido DP ou em casos de evolução pouco habitual, associados à hereditariedade, têm maior probabilidade de desenvolver a doença, destacando-se os casos de início precoce, apesar de este motivo explicar poucas ocorrências (APDPk, 2014). Além destes, surge também a exposição a herbicidas e pesticidas, como referido por Nolden e colaboradores (2014) e Toro e Buriticá (2014). A APDPk (2014) refere ainda como fatores de risco: a idade, sendo que quanto mais avançada esta é, maiores serão as probabilidades de surgir a doença; e o sexo masculino, apesar de este ainda não ser um fator consensual.

De referir ainda que existem outros tipos de parkinsonismos, de acordo com a APDPk (2014) e Tambosco e colaboradores (2014), sendo eles o parkinsonismo primário e secundário. O primário não tem causa evidente e está associado a várias doenças neurodegenerativas, podendo ser de dois tipos:

- Típico – degeneração seletiva da via nigroestriada, com as características acima descritas, sendo a forma mais frequente;
- Atípico/parkinsonismo plus – a degeneração da via nigroestriada está associada a uma neurodegeneração mais generalizada e, ao contrário do que acontece com a forma típica, os sintomas surgem de forma mais rápida. Não existe resposta ao tratamento e coexistem outros sintomas mais recorrentes nas fases finais da doença (quedas recorrentes, problemas na deglutição, etc.).

No parkinsonismo secundário é possível determinar uma causa que pode ou não ser controlável/reversível, como o parkinsonismo iatrogénico (derivado dos fármacos), que pode ser reversível se terminado o tratamento medicamentoso, ou o parkinsonismo derivado a uma lesão cerebral (APDPk, 2014).

No que concerne ao tratamento, Nolden e colaboradores (2014), mencionam que este deve ser iniciado o mais cedo possível e realizado ao nível dos sintomas motores, contribuindo para a melhoria das capacidades funcionais das pessoas com DP. As pessoas com DP devem ser acompanhadas a cada 6-12 meses, no entanto, deve estar-se atento à progressão dos sintomas e à resposta dada ao tratamento farmacológico. Este último tratamento é prescrito tendo em conta a expressão individual da doença, com o objetivo de diminuir as perdas de dopamina no cérebro. Com o avançar da doença, os sintomas vão-se agravando, conduzindo à diminuição da qualidade de vida, sendo que o tratamento, por consequência, também terá de ser modificado (Nolden et al., 2014). Os mesmos autores referem também algumas terapias alternativas, com vista à melhoria dos sintomas motores e não-motores, como a acupuntura, manipulação quiropraxia e osteopática, bem como a massagem. Para além

disso, é importante concentrar a intervenção na prevenção das quedas, na terapia da fala, nas terapias cognitivas (no caso dos sintomas não-motores), entre outros.

A APDPk (2014) refere ainda a cirurgia cerebral como um método em utilização crescente, consistindo este em implantar elétrodos em pequenos núcleos cerebrais, ligados por um cabo subcutâneo a um gerador de impulsos elétricos, situado por baixo da pele, na região infra-clavicular. Tal permite um melhor controlo dos sintomas e, consequentemente, um aumento da qualidade de vida. Este método é mais utilizado em pessoas com sintomas mais severos e com níveis de funcionalidade mais baixos, porém, estudos indicam que em fases mais iniciais da doença, poderá produzir efeitos superiores à terapia medicamentosa.

Para além disso, juntamente com a terapia farmacológica, é necessário existir uma equipa multidisciplinar a trabalhar com a pessoa, desde fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais e enfermeiros, segundo a APDPk (2014).

2.3.1 Síndromes parkinsonianas atípicas.

De acordo com Magalhães e Correia (2013), entre 15% a 25% dos indivíduos que se dirigirem a uma consulta de neurologia especializada em doenças do movimento não possui doença de Parkinson, mas antes uma síndrome parkinsoniana atípica. Entre as mais comuns está a degenerescência corticobasal, que irá ser descrita de seguida.

2.3.1.1 Degenerescência corticobasal.

A Degenerescência CorticoBasal (DCB) é uma doença neurodegenerativa heterogénea, a nível clínico, que está relacionada com a proteína tau (taupatia), afetando o sistema motor nigroestriado e outras estruturas subcorticais, como o tálamo, os núcleos subtalâmicos, os núcleos do tronco cerebral, entre outros (Budson e Solomon, 2013; Jung e Josephs, 2015; Magalhães e Correia, 2013; Malek e Greene, 2016; Marsili, Suppa, Berardelli e Colosimo, 2015). Esta doença é muito rara, com uma prevalência ainda não totalmente conhecida, mas estima-se que ronde os cerca de 2 em cada 100.000 casos (Budson e Solomon, 2015; Stamelau e Bhatia, 2015).

De acordo com Magalhães e Correia (2015), para o diagnóstico é necessário que a evolução da patologia seja crónica e progressiva, ter um início assimétrico, presença de alguma disfunção cortical (apraxia, alteração sensitiva cortical ou mão alheia), resistência à levodopa, distonia do membro e mioclonias reflexas e focais, sendo que todos estes critérios têm de estar presentes há pelo menos um ano (Jung e Josephs,

2015). São considerados critérios de exclusão: a presença de disautonomia grave; lesões ou exames sugestivos de outros diagnósticos; algum tipo de resposta à levodopa, que não o agravamento de sintomas ou a não resposta; demência moderada a grave; outros défices cognitivos (Magalhães e Correia, 2013). Porém, e devido às dificuldades em diagnosticar esta patologia, deve recorrer-se às mais recentes tecnologias de neuroimagem, de forma a completar o diagnóstico (Jung e Josephs, 2015; Malek e Greene, 2016; Marsili et al., 2015).

Magalhães e Correia (2013) e Stamelau e Bhatia (2015) afirmam que não existem diferenças de prevalência no que diz respeito ao género, sabendo-se também que surge entre os 60 e os 70 anos. Budson e Solomon (2015) corroboram os factos supramencionados e acrescentam que não existem fatores de risco para o desenvolvimento desta patologia.

Os indivíduos com DCB apresentam os seguintes sintomas (Budson e Solomon, 2015; Jung e Josephs, 2015; Magalhães e Correia, 2013; Malek e Greene, 2016; Marsili et al., 2015; Stamelau e Bhatia, 2015):

- Rigidez (aumento do tônus muscular e resistência ao movimento das articulações, que se vai agravando com o decorrer da doença);
- Apraxia assimétrica, i.e., incapacidade de realizar movimentos (causa não advém de de fraqueza, falta de coordenação, falta de compreensão da instrução, etc.);
- Instabilidade postural;
- Mioclonias (contrações musculares repentinas, incontrolláveis e involuntárias de um músculo ou grupo muscular, mais visível nos dedos);
- Fenómeno da “mão alheia”, que é explicado como se o membro afetado tivesse “vida própria”, sendo difícil para os indivíduos ter controlo nos seus movimentos;
- Perda sensorial cortical (sensações primárias não se perderam, i.e., o indivíduo é capaz de sentir o toque e de distinguir, por exemplo, uma superfície quente de uma superfície fria, porém essa informação não é devidamente processada e utilizada, conduzindo a problemas ao nível do reconhecimento de objetos através do toque, estereognosia, ou de identificar um número se desenhado na sua mão);
- Distonia, i.e., quando as contrações musculares realizadas conduzem a posturas ou movimentos anormais;
- Acinesia/Bradicinesia;
- Tremor essencial, devido especialmente às mioclonias;
- Aquinésia (consiste na perda dos automatismos, conduzindo a uma maior lentidão na execução dos movimentos voluntários);
- Membro sem uso (um dos membros não é ativo nas atividades funcionais, devido a diferentes sintomas como rigidez, aquinésia, distonia, mioclonia ou apraxia);
- Défices visuoespaciais, expressando-se em dificuldades em perceber vários objetos em simultâneo, direciona o olhar para o membro em movimento, etc.;

- Défices nas funções executivas, principalmente ao nível do planeamento motor, da resolução de problemas, da abstração, da memória, da atenção e da concentração;
- Afasia não fluente (inclui uma fala lentificada, com uma prosódia não comum e por vezes com som distorcido);
- Problemas ao nível da fala (podem englobar apraxia orobucal e/ou apraxia da fala);
- Problemas comportamentais como a apatia, comportamento antissocial, personalidade flutuante, irritabilidade e desinibição.

De acordo com Jung e Josephs (2015), Malek e Greene (2016) e Magalhães e Correia (2013), sabe-se que numa fase inicial da doença cerca de 50% dos indivíduos possui pequenas alterações cognitivas que vão evoluindo, em cerca de 70% dos casos, para declínios cognitivos significativos, onde a aprendizagem é dificultada e a memória episódica preservada.

Para a terapêutica desta doença ainda não existe nenhum procedimento medicamentoso aprovado, no entanto vão sendo administrados medicamentos com vista a atenuar os sintomas. Para além disso, os indivíduos devem ser acompanhados por uma equipa multidisciplinar, com vista a melhorar a qualidade de vida, os sintomas motores, comportamentais e de comunicação, através de uma abordagem centrada em mobilidade, segurança, atividades de vida diária e comunicação (Budson e Solomon, 2015; Marsili et al., 2015).

Parte II - Realização da Prática Profissional

1 Reabilitação Psicomotora no Campus Neurológico Sênior

O CNS não possuía nenhuma técnica superior de reabilitação psicomotora, pelo que o serviço foi implementado através deste projeto de estágio. Desta forma é essencial esclarecer a terapia psicomotora no idoso, clarificar os espaços e horários do estágio, bem como os processos de avaliação utilizados.

1.1 Gerontopsicomotricidade

A intervenção psicomotora corresponde a uma visão holística do ser humano, tendo por base a constante relação entre a motricidade, o psiquismo e as emoções, com o ambiente em que se insere, a fim de compreender o que é manifestado corporalmente (Martins, 2001). Aqui o corpo está no centro de toda a intervenção, sendo, portanto, uma terapia de mediação corporal (Parreiral, 2007). A psicomotricidade não tem como fundamento enfatizar os resultados a nível motor, quer de rendimento, quer de destreza, mas antes transformar o corpo como instrumento que age e que se relaciona com os outros e com o meio que o envolve de forma mais eficaz (Fonseca, 2001; Martins, 2001). Associando a componente lúdica e relacional à prática psicomotora, permite-se a regulação tónico-emocional e o prazer sensório-motor, o que irá contribuir para uma interação com o meio mais harmoniosa (Martins, 2001).

Quando associada à população idosa, a intervenção psicomotora ou Gerontopsicomotricidade, tem como objetivo combater as consequências subjacentes ao envelhecimento e melhorar a qualidade de vida, através da manutenção do nível de integração social do idoso, para que este mantenha um papel de importância na sociedade (Fonseca, 2001). Para além disso, a psicomotricidade pode agir como veículo para a preservação do tônus muscular, do controlo postural, da uma adequada imagem corporal, da organização espaço-temporal, e para uma integração e prolongamento ajustados das praxias ideomotoras (Fonseca, 2001), estimulando as emoções, criatividade e espontaneidade do idoso (Costa, Rocha e Oliveira, 2012).

Juhel (2010) refere que a intervenção psicomotora tem um papel fulcral ao nível das áreas da cognição e linguagem, não só porque mantém ou melhora os níveis da ativação cerebral, reduzindo eventuais perdas cognitivas, que colocam em risco algumas funções executivas, como permite ao indivíduo manter as relações interpessoais,

expressando as suas emoções, opiniões e necessidades, através da manutenção da linguagem verbal e não-verbal.

A terapia gerontopsicomotora possibilita retardar as consequências do envelhecimento biológico, permitindo a manutenção da funcionalidade e da autonomia (Nuñez e González, 2001). Existem ainda ganhos ao nível da agilidade e coordenação motora, da força muscular, da flexibilidade e dos níveis de resistência (Faustino, Kummer e Ribas, 2016; Oliveira, Pinto e Cordeiro, 2015), potenciando a funcionalidade, diminuindo o risco de quedas e lesões, e contribuindo, assim, para um aumento da autonomia e independência dos idosos (Banzatto et al., 2015; Costa et al., 2012; Civinski, Montibeller e Braz, 2011).

Para além disso, pretende-se uma harmonia entre o corpo, sujeito e meio envolvente, através do movimento e da afetividade, para que existam benefícios motores, cognitivos e emocionais, bem como reforço da autoestima e confiança do idoso (Oliveira et al., 2015; Santos, Soares, Ravagni, Costa e Fernandes, 2014). Todos estes fatores podem traduzir-se numa atitude mais positiva em relação ao próprio corpo, aceitando as alterações subseqüentes da idade (Fabbrizi, 2013), e desenvolvendo estratégias para superar dificuldades (Banzatto et al., 2015; Morais, 2007).

A psicomotricidade possibilita ainda a regulação comportamental, a integração de sensações e percepções, e ainda a delineação do perfil psicomotor que traduz a personalidade do indivíduo (Boscaini, 2003; Martins, 2001; Probst, Knapen, Poot e Vancampfort, 2010).

A gerontopsicomotricidade visa combater o processo de retrogénese psicomotora, através de: (a) atividades de estimulação vestibular, propriocetiva e de equilíbrio; (b) relaxação; (c) dinâmicas de ativação global, atenção, observação e memória; (d) situações de integração somatognósica e de esquema corporal; (e) atividades de organização espaciotemporal; (f) atividades de elaboração e planificação motora (Fonseca, 2001).

São apontadas como estratégias para a terapia gerontopsicomotora o dar instruções concretas e simples, repetindo-as o número de vezes necessárias, usar materiais concretos da vida diária da pessoa e de fácil utilização, colocar música nas sessões, as atividades terem diferentes níveis de dificuldades (no caso de grupos) e não confrontar diretamente a pessoa com as suas dificuldades (Morais, 2007).

As sessões devem começar com a conversa inicial, para se perceber o estado de humor do indivíduo, orientando-o para a realidade, se necessário (Morais, 2007). Segue-se a ativação geral e as atividades da parte fundamental da sessão, que devem ir ao encontro dos objetivos estabelecidos para o indivíduo no plano de intervenção. Posteriormente, surgem as atividades de cariz simbólico e de promoção da praxia fina, e, finalmente, deve realizar-se o retorno à calma, seguido da conversa final, onde o idoso é questionado sobre as atividades que mais gostou e porquê.

A gerontopsicomotricidade deve, portanto, ser uma terapia preventiva e/ou reabilitativa de forma a manter a funcionalidade psicomotora dos idosos (a função tónica, o controlo postural, a autoimagem, a orientação espacial e temporal, as praxias, etc.) para que estes gozem a sua última fase de vida de forma digna e integrada na sociedade (Fonseca, 2001).

1.2 Espaços e horários do estágio no CNS

O estágio decorreu na unidade residencial e na residência sénior, abrangendo uma dinâmica de intervenção individual e grupal. As sessões decorriam no apartamento/quarto do indivíduo, no caso das intervenções individuais, e nas salas de atividades de animação, no caso das sessões de grupo. Foram acompanhados nove utentes (termo utilizado na instituição), em regime individual, enquanto nas sessões de grupo participavam os utentes que estavam na sala de animação, normalmente num grupo de 6 pessoas.

Os materiais utilizados nas sessões foram maioritariamente construídos pela estagiária, exceção feita às bolas, arcos, bastões, e alguns jogos como o Scrabble ou o 4 em linha, que a instituição possuía.

No que concerne ao horário semanal, o mesmo refere-se a todo o tempo de estágio, i.e., de outubro de 2016 a maio de 2017, apresentando-se o mesmo na tabela 1.

Tabela 1 - Horário semanal de estágio

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
10h00 – 11h00	Sessões individuais	Sessões individuais	Sessões individuais	Sessões individuais	Sessões individuais
11h00 – 12h00					
12h00 – 14h00					
14h00 – 15h00	Sessões individuais	Sessões individuais	Sessão grupo UR	Sessão grupo RS	Sessões individuais
15h30 – 16h30			Sessões individuais	Sessões individuais	

1.3 Avaliação e Observação Psicomotora

A avaliação decorreu em duas fases distintas. Inicialmente realizou-se uma avaliação informal, para a qual foi criada uma *checklist* de observação, de modo a integrar os utentes na dinâmica e com o objetivo de criar uma relação terapêutica mais coesa e escolher os estudos de caso. Essa *checklist* (anexo a – checklist de observação gerontopsicomotora) foi criada tendo por base: o Exame Gerontopsicomotor (EGP) de Michel, Soppelsa e Albaret (2010); a Escala Egen Klassifikation (EK), que permite quantificar o grau de limitação funcional, traduzida para português por Martinez, Brunherotti, Assis e Sobreira (2006); a Escala de Berg, que avalia o equilíbrio em situações do dia-a-dia, produzida por Berg, Wood-Dauphinee, Williams e Gayton (1989); e a Escala de Cornell de depressão na demência, de Alexopoulos, Abrams, Young e Shamolan (1988). Foi ainda criada a escala de avaliação de desempenho, para avaliar de forma mais simples e eficaz a prestação dos utentes nas sessões (anexo b - escala de avaliação de desempenho das sessões de psicomotricidade)

Posteriormente, em fevereiro de 2017, realizou-se a avaliação formal, procedendo-se à aplicação do EGP, um instrumento produzido por Michel, Soppelsa e Albaret, em 2010, dirigido a pessoas com mais de 65 anos. O objetivo deste é o despiste e esclarecimento do diagnóstico de demência, permitindo assim a criação de um plano terapêutico, bem como, posteriormente, medir a sua eficácia (Morais, Fiúza, Santos e Lebre, 2012). Este instrumento aplica-se em aproximadamente uma hora, podendo ser aplicado todo de uma só vez ou por duas vezes, sendo que a pausa terá de acontecer num dos dois locais pré-estabelecidos (Morais et al., 2012). Relativamente aos materiais, são necessários: 18 cartões plastificados (quatro pegadas, dois modelos de figuras geométricas simples, quatro imagens de figuras geométricas pintadas, quatro imagens do corpo humano, uma imagem de um gato, uma imagem de um cacho de uvas, uma imagem de uma montanha, quatro fotografias de um acontecimento cronológico e um texto escrito com quatro tamanhos diferentes de caracteres), 12 cubos de madeira, cronómetro, fita métrica, cadeira sem braços, colete, moeda de um euro, bola de 20 cm de diâmetro, folhas, caneta, régua, dois lápis, uma bola de ténis, uma colher, um garfo, uma faca e um relógio (Morais et al., 2012).

O EGP avalia no total um conjunto de 17 áreas, sendo elas: Equilíbrio Estático I; Equilíbrio Estático II; Equilíbrio Dinâmico I; Equilíbrio Dinâmico II; Mobilização Articular dos Membros Superiores; Mobilização Articular dos Membros Inferiores; Motricidade Fina dos Membros Superiores; Motricidade Fina dos Membros Inferiores; Praxias;

Conhecimento das Partes do Corpo; Vigilância; Memória Percetiva; Domínio Espacial; Memória Verbal; Domínio Temporal; Comunicação (Morais et al., 2012). A pontuação obtida em cada um dos domínios varia entre 0 e 6, sendo estes os valores utilizados para a apresentação do perfil psicomotor. A pontuação final varia entre 0 e 102 (Morais et al., 2012).

De seguida serão apresentados os estudos de caso, dois de cariz individual e um de grupo. Serão mencionados os procedimentos de avaliação inicial, o programa de intervenção, os procedimentos de avaliação final, a apresentação e a discussão dos resultados, e uma reflexão crítica em cada caso.

2 Estudos de Caso

Por questões de confidencialidade, o primeiro estudo de caso apresentado será denominado de Maria e o segundo por Ana, nomes fictícios, ambas com 85 anos. A D. Maria habita na Residência Sénior, enquanto a D. Ana reside na Unidade Residencial.

2.1 Estudo de caso 1 – D. Maria

A D. Maria, 85 anos, natural de Torres Vedras, chegou ao CNS para a avaliação de possível complicação pós-queda, investigação analítica de rotina e ajuste terapêutico, em dezembro de 2016. Possui o 4º ano de escolaridade, tendo sido leiteira de profissão. Como tecnologias de apoio utiliza óculos e andarilho. É uma utente colaborante, com facilidade em estabelecer uma relação empática, estando sempre predisposta a realizar as tarefas propostas, não desistindo da realização das mesmas. É uma utente responsável, que gosta muito de conversar e ajudar ou outros.

2.1.1 Historial clínico

A D. Maria apresenta um quadro de alteração de comportamento e défice cognitivo, com quatro anos de evolução, sugestivo de uma síndrome demencial do tipo Demência Frontotemporal. Após uma queda, fraturou a anca no lado esquerdo, com indicação cirúrgica que a utente recusou, existiu um agravamento na marcha, o que contribuiu para a decisão de internamento. Apresenta ainda um quadro de hipertensão arterial e dislipidemia (doença relacionada com a anormal quantidade de lípidos no sangue, como o colesterol ou triglicéridos). Realizou uma cirurgia à fratura no rádio, há muitos anos, e possui, há cerca de dez anos, uma prótese na anca direita, sendo que a partir daí começou por utilizar canadianas como auxiliares de marcha, mas neste momento utiliza um andarilho de duas rodas. Há cerca de 20 anos realizou uma intervenção cirúrgica à coluna.

Numa fase inicial do internamento, a utente esteve em regime de programa, realizando sessões de fisioterapia, terapia cognitiva e terapia da fala regularmente durante a semana. Decidiu-se, posteriormente, que a utente passaria a residir no CNS e, por isso, a intensidade das sessões terapêuticas anteriormente mencionadas reduziu, tendo apenas acesso às sessões de grupo, de terapia cognitiva e de fisioterapia, realizadas na sala de animação, uma ou duas vezes por semana.

2.1.2 Avaliação inicial

Para a avaliação da D. Maria aplicou-se o EGP, pois é possível com este obter uma visão holística das capacidades da utente e também criar um perfil psicomotor, o que facilita a delineação de objetivos a desenvolver no programa de intervenção.

A avaliação inicial aconteceu no dia 18 de janeiro de 2017, no apartamento da utente, na residência sénior. O apartamento é espaçoso e com luz natural. A temperatura é controlada através de ar condicionado, estando reunidas as condições para se proceder à avaliação. No decorrer do processo de avaliação inicial, a utente não se mostrou cansada, e por isso a aplicação aconteceu de forma contínua, com uma duração aproximada de 90 minutos. Não se verificaram situações anormais de comportamento por parte da utente, tendo a mesma mostrado empenho nas atividades propostas.

2.1.3 Perfil psicomotor

Após avaliação inicial foi possível estabelecer o perfil psicomotor da D. Maria, identificando as áreas fortes e fracas (tabela 2), fundamentais para delinear o programa psicomotor. Para definir este perfil teve-se em conta que a escala de avaliação do EGP vai de 0 (pior resultado) a 6 (melhor resultado), considerando-se, por isso, os domínios avaliados no extremo mais baixo, i.e. 0, 1 e 2, como áreas fracas, enquanto no extremo mais alto, i.e. os domínios cotados com os valores 5 e 6, estão as áreas fortes. Os domínios cotados com 3 e 4 foram classificados como áreas neutras.

Tabela 2 - Perfil Psicomotor D. Maria

Áreas Fortes	Áreas Fracas
Equilíbrio Estático I (pés juntos)	Memória percetiva
Comunicação	
Mobilização articular dos membros superiores	
Motricidade fina dos membros inferiores	
Vigilância	
Praxias	

2.1.4 Plano de intervenção

O plano de intervenção tem como objetivo potencializar as áreas fracas, tendo como base as áreas fortes e os interesses da utente. Os domínios não mencionados na Tabela 2 devem ser também trabalhados no sentido de se manter as capacidades existentes.

O programa, tal como descrito na tabela 3, está previsto decorrer em quatro meses, com uma frequência de três vezes por semana, em sessões de 50 minutos, realizadas ou no apartamento da utente ou na sala de atividades do piso 3 da Residência Sénior (RS). Semanalmente, 2 sessões destinam-se a trabalho individual, estando previstas 32 sessões. As avaliações inicial e final formal requerem mais três a quatro sessões.

Tabela 3 - Plano de Intervenção D. Maria

Áreas de Intervenção	Objetivos Gerais	Objetivos específicos	Objetivos operacionais: A utente deve ser capaz de...
Equilíbrio	Potenciar o equilíbrio	Manutenção do equilíbrio dinâmico I Manutenção do equilíbrio dinâmico II Manutenção do equilíbrio estático II	...realizar um percurso de obstáculos.
Mobilização articular dos membros inferiores	Promover a mobilização dos membros inferiores	Manutenção da largura da passada Manutenção da amplitude de movimentos dos membros inferiores	... executar um percurso de obstáculos, contornando-os. ... executar movimentos de adução e abdução, bem como de flexão e extensão dos membros inferiores.
Motricidade fina dos membros superiores	Promover a motricidade fina.	Manutenção das capacidades manipulativas. Manutenção da pega pinça. Manutenção da escrita.	... moldar com plasticina. ... recortar. ...realizar contornos. ... realizar a cópia de imagens. ... realizar enfiamentos utilizando um atacador. ... desenhar. ... pintar. ...pegar em objetos de reduzidas dimensões (e.g. missangas). ... enfiar missangas num fio de pesca. ... escrever. ... tamborilar e fazer a oposição do polegar.
Memória perceptiva	Potenciar a memória perceptiva.	Manutenção da discriminação de cores. Manutenção da evocação de cores/imagens. Manutenção da evocação das posições do corpo.	... nomear as cores apresentadas. ... associar cores a categorias. ... relembrar as cores de objetos/coisas da natureza/imagens. ... mencionar objetos/coisas da natureza que sejam de uma determinada cor. ... relembrar as cores associadas às categorias. ... separar objetos por cores. ... relembrar as posições corporais anteriormente realizadas.
Memória Verbal	Promover a memória verbal.	Manutenção da evocação de palavras/ações. Manutenção da chamada de eventos passados.	... completar verbalmente provérbios populares. ... fazer a reflexão da sessão, fazendo chamada das atividades realizadas na mesma ... contar histórias espontaneamente, ou utilizando imagens/objetos.

Áreas de Intervenção	Objetivos Gerais	Objetivos específicos	Objetivos operacionais: A utente deve ser capaz de...
Domínio Temporal	Promover a noção temporal.	Manutenção da noção do tempo. Manutenção da capacidade de sequencializar ações.	...dizer o dia da semana, o mês, o dia do mês, o ano e a estação do ano em que se encontra. ...evocar a sua rotina diária.
			... organizar as imagens/frases por uma ordem sequencial com sentido. ... organizar uma ação, tendo em conta a ordem pela qual ela decorre. ... organizar os eventos, tendo em conta o ano em que aconteceram. ... contar a sua história de vida por ordem cronológica
Domínio espacial	Promover a noção espacial	Manutenção da noção de espaço Manutenção da orientação nos deslocamentos	... dizer o local onde se encontra. ... capaz de montar um puzzle. ... indicar um percurso (e.g. até ao quarto) sozinho.
Perceção	Potenciar a estereognosia Potenciar a leitura	Manutenção do reconhecimento de objetos através do tato Manutenção da leitura Manutenção da identificação de imagens	... retirar um objeto pedido pela técnica de um saco utilizando apenas o tato. ... reconhecer as diferentes texturas. ... ler pequenas frases. ... identificar imagens apresentadas, dizendo o nome do animal/objeto/pessoa ou da ação representada (e.g. gato, cadeira, vestir-se, tomar o pequeno-almoço, etc.)

2.1.5 Avaliação final

A avaliação final aconteceu nos dias 24 e 25 de maio de 2017, na sala do piso 0, na residência sénior. A sala do piso 0 é espaçosa e com luz natural. A temperatura estava amena, ideal para a execução das tarefas. Desta vez, e ao contrário do que aconteceu na avaliação inicial, foram necessárias duas sessões para concluir a avaliação por uma questão de escolha da terapeuta. Esta opção foi tomada, não só para que se mantivessem as rotinas da instituição e da utente, como também para que o tempo a mais não fosse motivo de pior desempenho nas tarefas. Não aconteceram situações anormais de comportamento por parte da utente. À semelhança da avaliação inicial, a utente esteve sempre recetiva ao que ia sendo proposto.

2.1.6 Resultados e discussão dos resultados

Foram obtidos 72 pontos no total da aplicação do EGP na avaliação inicial, e 73 na avaliação final, podendo considerar-se, por isso, que a intervenção foi eficaz. De referir ainda que foram realizadas todas as sessões previstas.

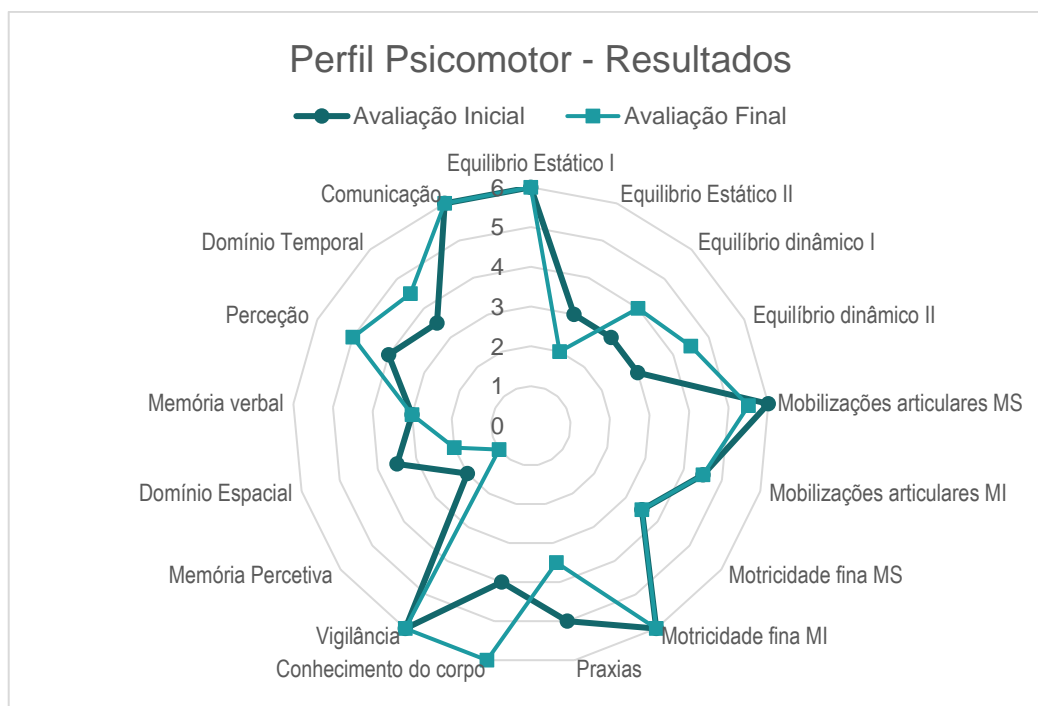


Figura 7 - Perfil psicomotor - Resultados da D. Maria

Através da análise do perfil psicomotor (figura 7) pode observar-se que, após a intervenção, existiram algumas áreas que se mantiveram nos mesmos valores em ambos os momentos de avaliação, sendo elas: o *equilíbrio estático I*, as *mobilizações articulares dos membros inferiores*, a *motricidade fina dos membros superiores e inferiores*, a *vigilância*, a *memória verbal* e também a *comunicação*. Todos estes domínios não se encontram dentro das áreas menos fortes da utente. Por esse motivo, apenas as *mobilizações articulares dos membros inferiores* são referenciadas no plano de intervenção desenhado para a D. Maria (devido às complicações pós-queda já referenciadas). Os restantes domínios, ao não serem mencionados no programa, significa que não fazem parte das áreas prioritárias e, por isso, devem ser preservados e trabalhados de forma indireta nas sessões.

O diagnóstico da utente é de DFT, existindo uma componente comportamental atípica associada à patologia, nomeadamente a falta de empatia e a falta de interesse em socializar (APA, 2013; Arrant e Roberson, 2016; Olney et al., 2017; Neto et al., 2005; Oliver et. al., 2015). Como se pode verificar, a D. Maria tem como área forte a comunicação, estando sempre bem-disposta e pronta para interagir com os seus pares, o que contraria as informações recolhidas. Por outro lado, a comunicação requer mais do que os fatores supramencionados, sendo a linguagem um elemento fulcral na mesma. Ora, na DFT existem défices ao nível da linguagem, quer semântica, quer gramática

(APA, 2013; Arrant e Roberson, 2016; Chare et al., 2014; Neto et al. 2005; Nordon et al., 2009; Olney et. al., 2017; Wauters et al., 2017). A memória verbal, domínio que avalia a evocação imediata de palavras, a descrição de momentos do dia e a evocação de palavras enunciadas previamente, apesar de não ser considerada uma das áreas fortes utente, também não está naquelas onde existem mais dificuldades. Todavia, as dificuldades em recordar-se, por exemplo, do nome da técnica ou da animadora sociocultural, de evocar o nome do animal apresentado numa imagem, ou até mesmo de um objeto concreto da vida dária (e.g. escova de dentes), eram evidentes, sendo este um fator concordante com a literatura. A preservação destes domínios é essencial para retardar as consequências negativas inerentes às DFT.

Por outro lado, outras áreas apresentaram na avaliação final um valor inferior ao da avaliação inicial, como é o caso do *equilíbrio estático II*, a *mobilização articular dos membros superiores*, as *praxias*, a *memória perceptiva* e o *domínio espacial*.

O *equilíbrio estático II*, sendo uma área proposta como de manutenção do resultado, teve uma diferença negativa de um ponto, não se tendo, por isso, atingindo os objetivos propostos. É, no entanto, importante mencionar que o equilíbrio é uma área muito trabalhada nas sessões de fisioterapia na instituição em questão, pelo que não foi muito aprofundada nas sessões de psicomotricidade, recorrendo-se apenas a percursos de obstáculos simples. Por outro lado, a literatura diz-nos que na DFT as alterações perceptivomotoras, onde se inclui o equilíbrio, não são significativas (APA, 2013; Arrant e Roberson, 2016), contrariando os resultados obtidos. Sabe-se ainda, que o processo de envelhecimento acarreta défices ao nível do equilíbrio (Michel et al., 2015; WHO 2017a), sendo os resultados obtidos concordantes com estes autores.

A *mobilização articular dos membros superiores* foi cotada com 6 pontos na avaliação inicial, não tendo sido incluída no plano de intervenção, por ser considerada uma área forte. Porém na avaliação final foram registados 5.5 pontos. Contudo, o valor da diferença não é significativo, continuando a ser um dos domínios em que a utente demonstra mais facilidades. Apesar disso, é necessário estar vigilante, trabalhando este domínio de forma indireta nas sessões (e.g. ativação geral), tendo em conta que, de acordo com Michel et al., (2015) e WHO (2017a), existem também declínios ao nível da mobilidade articular no processo de envelhecimento.

À semelhança do anterior, o valor da avaliação inicial registado para as *praxias*, inseria-as nos domínios em que existiam menos dificuldades, não tendo sido incluídas no programa psicomotor. Porém, a diferença entre as avaliações inicial e final é de 1.5

pontos, o que se deve, sobretudo, à pantomima e à construção de uma pirâmide através de um modelo (onde existiram mais dificuldades). Considera-se, portanto, necessário acrescentá-lo num próximo programa, com o objetivo de manter as capacidades existentes, dando-se maior enfoque nestes dois subdomínios. Estes resultados corroboram as informações dadas por Borges et al. (2010) e Fonseca (2010), acerca do processo de retrogénese psicomotora. O facto de se verificar uma evolução contrária àquela que existe nos processos de crescimento pode ser a explicação para que as praxias tenham sido um domínio com discrepâncias tão significativas. Isto porque, ao corresponder a atividades mais complexas, como a utilização de talheres, a capacidade de mímica, a escrita, a cópia de figuras geométricas e, por fim, a construção de uma pirâmide através de um modelo, estas serão as primeiras a deteriorar-se no processo de envelhecimento.

A *memória perçetiva* (evocação de cores e posições anteriormente apresentadas) foi o único domínio referido no perfil psicomotor (Tabela 2) como área fraca, o que significa que foi o que teve o valor mais baixo na avaliação inicial (2 pontos). Por esse motivo, esta foi uma área muito trabalhada no decorrer das sessões individuais com a D. Maria. Mesmo assim, existiu um declínio significativo de um 1 ponto, devendo continuar a fazer parte dos domínios a desenvolver num próximo programa. APA (2013) e Arrant e Roberson (2016) mencionam que as dificuldades ao nível da memória não são muito significativas na DFT, contrariamente ao que se verificou com a D. Maria. Todavia, nos processos de envelhecimento patológicos existem declínios cognitivos significativos ao nível da memória (APA, 2013), o que já se ajusta ao observado.

Em relação ao *domínio espacial*, existiu uma queda de 1.5 pontos entre a avaliação inicial e a avaliação final. Em todas as sessões, para além da orientação para a realidade temporal, realizava-se a orientação nos deslocamentos, pedindo que a D. Maria fosse indicando o caminho para o local para onde nos dirigíamos (na grande maioria das vezes o seu quarto), fazendo, depois, o mesmo no percurso inverso para a sala de animação. Desta forma, o declínio associado a este domínio pode também estar associado ao processo normal de envelhecimento, onde existe um empobrecimento a nível espacial, que condiciona, conseqüentemente, os deslocamentos em espaços novos e desconhecidos (Juhel, 2010). Contudo, o trabalho nesta área deve ser intensificado, para que se consiga preservar as capacidades ainda presentes.

De assinalar ainda os domínios onde as diferenças verificadas são positivas, i.e., a cotação registada na avaliação final é superior à da avaliação inicial: *equilíbrio dinâmico I e II, conhecimento das partes do corpo, percepção e domínio temporal*.

Relativamente, ao *equilíbrio dinâmico I e II*, esta mudança positiva de 1 e 1.5 pontos, respetivamente, pode estar associada à adaptação ao andarilho (que aconteceu na fase inicial da intervenção), dando uma maior confiança no decorrer da marcha e melhorando o seu equilíbrio durante a mesma. Para além disso, Faustino et al. (2016) e Oliveira et al. (2015) referem que a terapia psicomotora pode conduzir a ganhos ao nível da agilidade e coordenação motora, da força muscular, da flexibilidade e dos níveis de resistência, o que dará mais confiança à pessoa no decorrer da marcha, melhorando, assim, as competências de equilíbrio dinâmico.

A *noção do corpo* não foi inserida no plano de intervenção por não ser uma área considerada prioritária. Porém, a psicomotricidade é uma terapia de mediação corporal e, por isso, pretende-se uma harmonia entre o corpo, sujeito e meio envolvente, através do movimento e da afetividade, para que existam benefícios motores, cognitivos e emocionais, bem como reforço da autoestima e confiança do idoso (Oliveira et al. 2015; Santos et. al. 2014). Todos estes fatores podem traduzir-se numa atitude mais positiva em relação ao próprio corpo, aceitando as alterações subsequentes da idade (Fabbrizi, 2013) e desenvolvendo estratégias para superar dificuldades (Banzatto et al., 2015; Morais, 2007). Pode, então, estar relacionado com esta evidência o facto deste domínio, não tendo sido visto como prioritário e não ter sido incluído no plano de intervenção, apresentar as melhorias mais significativas (2 pontos).

A *percepção* (reprodução rítmica, reconhecimento de objetos pelo tato/estereognosia, identificação de imagens e a leitura) teve uma melhoria de 1 ponto em relação às duas avaliações realizadas, tendo sido mais evidentes as diferenças na identificação de imagens e na leitura. Como é possível constatar no plano de intervenção (tabela 3), este domínio foi trabalhado no decorrer das sessões individuais, tendo sido alcançados os objetivos propostos. A insistência na identificação das imagens que iam sendo apresentadas, bem como na associação das mesmas a objetos reais (quando possível), por vezes, após a estereognosia, traduziu-se em resultados positivos para este domínio. Teve-se em conta que a intervenção seria facilitada se fossem utilizados materiais de fácil utilização e concretos da vida diária, uma das estratégias propostas por Morais (2007).

No que diz respeito ao *domínio temporal*, em todas as sessões era realizada a orientação para a realidade, sendo que a utente tinha de montar um quadro com as informações da data (dia da semana, dia do mês, mês, ano e estação do ano). Este procedimento, mencionado por Moraes (2007) e Fonseca (2001), reforça a importância de realizar atividades de estruturação espaço-temporal, sendo visíveis as melhorias neste domínio. Em todas sessões deve manter-se esta estratégia, para que se mantenham ou melhorem as capacidades existentes.

Tendo em conta o explanado, é possível constatar, através da tabela 4, as diferenças verificadas na intervenção no que concerne ao perfil psicomotor. Nas áreas fortes, as praxias deram lugar à noção do corpo, tendo-se mantido os restantes domínios. Já nas áreas fracas, para além da memória perceptiva, que era já uma área identificada como prioritária na avaliação inicial, juntaram-se o equilíbrio estático II e o domínio espacial no fim da intervenção.

Tabela 4 - Comparação de resultados entre avaliação inicial e final da D. Maria

Áreas Fortes		Áreas Fracas	
Iniciais	Finais	Iniciais	Finais
Equilíbrio Estático I	Equilíbrio Estático I	Memória perceptiva	Memória perceptiva
Comunicação	Comunicação		Equilíbrio Estático II
Mobilização articular dos membros superiores	Mobilização articular dos membros superiores		Domínio espacial
Motricidade fina dos membros inferiores	Motricidade fina dos membros inferiores		
Vigilância	Vigilância		
Praxias	Noção do corpo		

2.1.7 Reflexão Crítica

Tendo em conta o diagnóstico de demência frontotemporal, era esperado uma utente com problemas comportamentais, principalmente por atitudes desajustadas, com dificuldades empáticas e de relação com os outros. No entanto, no primeiro contacto com a utente, não só não foram observadas nenhuma dessas dificuldades, como, pelo contrário, era muito fácil estabelecer relação. Conforme as sessões foram avançando, começaram a ser notórios problemas em controlar o discurso, i.e. a D. Maria esquecia-se com frequência de que estávamos em sessão, e, por isso, falava excessivamente sobre assuntos que não estavam relacionados com a mesma, condicionando a concentração e atenção nas atividades propostas, sendo necessário rechamar a utente com frequência.

Por outro lado, a D. Maria estava internada juntamente com o marido, ambos no mesmo apartamento. Dado o estado de maior debilidade do marido da D. Maria, os

horários de deitar eram diferentes (o senhor deitava-se depois do lanche, por volta das 15h30), e, por vezes, coincidia com a hora da sessão. No início isso não foi motivo para mudar o local, no entanto, foi-se percebendo que a utente estava sempre atenta às eventuais necessidades do marido, e não às atividades que estavam a ser propostas, conduzindo a maiores níveis de desconcentração, para além de ter sido verbalizado pela utente como uma dificuldade. Desta forma, ou a sessão acontecia no apartamento numa hora em que o marido da D. Maria não estivesse lá, ou acontecia noutro local se os horários coincidissem. Esta mudança levou a melhores níveis de concentração, e a um maior à vontade da utente para com a terapeuta, e, por consequência, a uma melhor relação terapêutica e a um melhor desempenho nas tarefas.

Para o desenvolvimento das sessões, as atividades propostas foram sendo monitorizadas com a utente, principalmente com a reflexão realizada no final de todas as sessões, onde a D. Maria dizia quais as atividades que mais tinha gostado, quais as mais difíceis e porquê. Isso promovia não só a linguagem, o pensamento autocrítico, como ainda auxiliavam na construção de novas atividades, que fossem a favor dos interesses da utente, e ao mesmo tempo desafiantes.

Desde o momento inicial que a relação terapêutica foi estabelecida de forma positiva. Com o avançar do plano de intervenção, e com o maior conhecimento dos interesses e gostos da utente, bem como dos momentos mais descontraídos, essa relação foi evoluindo ainda de uma forma mais satisfatória, tendo-se transformado numa relação de confiança e securizante para a utente.

É importante que a D. Maria continue a ser acompanhada em sessões de gerontopsicomotricidade, focando-se essencialmente na memória perceptiva e no domínio espacial, dado serem os domínios onde apresenta mais dificuldades.

2.2 Estudo de caso 2 – D. Ana

A D. Ana, 85 anos, natural de Lisboa, chegou ao CNS em abril de 2016 para ajuste terapêutico e neuroreabilitação. Tem o 9ºano de escolaridade e foi telefonista de profissão. Como tecnologias de apoio utiliza óculos, aparelho auditivo e cadeira de rodas. No entanto, possuiu muitas dificuldades na visão e audição, essencialmente devido à evolução natural da patologia (DCB), sendo ainda uma utente que está sempre com calor, fator que é motivo de desconforto para a mesma. Numa fase inicial, a D. Ana é difícil de motivar para participar nas atividades, sendo essencial fazer coisas de que

gosta, mesmo que tenha muitas dificuldades. A utente é apelativa e requer feedback constante. Depois de ganhar confiança torna-se colaborante.

2.2.1 Historial clínico

Possuiu um quadro de Parkinsonismo - Degenerescência corticobasal, com oito anos de evolução, mostrando como sintomas iniciais quedas e tonturas. Apresenta tremor cefálico há vários anos. Alguns episódios de incontinência urinária. À data de entrada não mostrava alterações cognitivas ou de sono. Neste momento habita na unidade residencial em regime permanente.

É acompanhada pela fisioterapia uma vez por semana, frequentando ainda, esporadicamente, as sessões de grupo dinamizadas pela fisioterapia (que decorrem na sala de animação sociocultural, uma ou duas vezes por semana), participando ainda nas atividades propostas pelos animadores socioculturais. No período de outubro de 2016 a maio de 2017, frequentou as sessões de psicomotricidade individual e em grupo, no total de três sessões por semana.

2.2.2 Avaliação inicial

Para a avaliação da D. Ana também se aplicou o EGP, por ser possível, assim, obter uma visão holística das capacidades e chegar a um perfil psicomotor, facilitando a delineação de objetivos a desenvolver no programa de intervenção.

A avaliação inicial aconteceu nos dias 18 e 19 de janeiro de 2017, na sala do piso 3, da Unidade Residencial. Este espaço possuiu pouca luz natural, sendo utilizada na sua maioria luz artificial. A temperatura é controlada através de ar condicionado, possuiu uma mesa quadrangular com quatro cadeiras, um sofá de três lugares e um cadeirão. Desta forma estão reunidas as condições para se proceder à avaliação. No decorrer do processo de avaliação inicial, a utente mostrou-se cansada, tendo sido esse o motivo principal para que a aplicação do instrumento ocorresse em duas sessões. Não se verificaram situações anormais de comportamento.

2.2.3 Perfil psicomotor

Após avaliação inicial foi possível estabelecer o perfil psicomotor da D. Ana, identificando as áreas fortes e fracas (tabela 5) que serão fundamentais para delinear o programa psicomotor. Os critérios para chegar a estes domínios foram semelhantes aos utilizados na D. Maria.

Tabela 5 - Perfil Psicomotor D. Ana

Áreas Fortes	Áreas Fracas
Comunicação	Equilíbrio estático II
	Mobilização articular dos membros superiores
	Mobilização articular dos membros inferiores
	Motricidade fina dos membros superiores
	Praxias
	Conhecimento das partes do corpo
	Memória perceptiva
	Domínio espacial

2.2.4 Plano de intervenção

O plano de intervenção tem como objetivo potencializar as áreas fracas, tendo como base as áreas fortes e os interesses da utente. Os domínios não mencionados devem também ser trabalhados no sentido de se preservar as capacidades existentes. De mencionar que, apesar de o equilíbrio ser uma área considerada fraca, não foi incluída no plano psicomotor, dado a utente frequentar a fisioterapia, onde esse domínio já era fortemente trabalhado.

O programa apresentado na tabela 6 está previsto decorrer em quatro meses, com uma frequência de três vezes por semana, em sessões de 50 minutos, realizadas ou na sala do piso 3 da unidade residencial (UR), ou na sala de atividades do piso 1 da UR. Semanalmente, duas sessões destinam-se a trabalho individual e uma em grupo. No total estão previstas 32 sessões individuais e 16 de grupo, das quais quatro das individuais se destinarão à avaliação inicial e final.

Tabela 6 - Plano de intervenção D. Ana

Áreas de Intervenção	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Operacionais: A utente deve ser capaz de...
Mobilização articular dos membros inferiores	Promover a mobilização dos membros inferiores	Manutenção da amplitude de movimentos dos membros inferiores	... executar movimentos de adução e abdução, bem como de flexão e extensão dos membros inferiores.
Mobilização articular dos membros superiores	Promover a mobilização dos membros superiores	Desenvolver a amplitude de movimentos dos membros superiores	... executar movimentos de adução e abdução, bem como de flexão e extensão dos membros superiores.
Motricidade fina dos membros superiores	Promover a motricidade fina dos membros superiores	Manutenção das capacidades manipulativas. Manutenção da pega pinça. Manutenção da escrita.	... moldar com plasticina. ... realizar enfiamentos utilizando um atacadór. ... pintar. ... pegar em objetos de reduzidas dimensões (e.g. missangas). ... enfiar missangas num fio de pesca.

Áreas de Intervenção	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Operacionais: A utente deve ser capaz de...
			... escrever. ... tamborilar e fazer a oposição do polegar.
Motricidade fina dos membros inferiores	Promover a motricidade fina dos membros inferiores	Manutenção da coordenação óculo-manual	... pontapear uma bola.
Praxias	Potenciar a pantomima Potenciar a imitação de modelos	Melhorar a capacidade de mímica. Melhorar a capacidade de reproduzir o que está a ver.	... mimar uma situação. ... imitar uma posição observada. ... reproduzir uma torre de peças de madeira igual ao modelo apresentado. ... reproduzir uma sequência de paus coloridos igual ao modelo apresentado. ... mimar as suas atividades de vida diária
Noção do corpo	Potenciar a noção do corpo	Melhorar o conhecimento das partes do corpo. Melhorar a consciencialização dos limites corporais. Melhorar o conhecimento do corpo do outro.	... nomear as partes do seu corpo. ... nomear as partes do corpo do outro. ... colocar as partes do corpo na ordem certa. ... realizar uma automassagem facial, seguindo as coordenadas da técnica, permanecendo de olhos fechados. ... associar provérbios/expressões idiomáticas a partes do corpo.
Vigilância	Promover a concentração Promover a atenção	Manutenção da atenção na tarefa. Manutenção da concentração.	... manter a atenção durante a tarefa, de forma a executar os exercícios mais facilmente. ... se manter concentrado na tarefa. ... manter uma conversa sem se perder.
Memória perceptiva	Potenciar a memória perceptiva.	Melhorar a discriminação de cores. Melhorar a evocação de cores/imagens. Melhorar a capacidade de reproduzir modelos corporais	... nomear as cores apresentadas. ... associar cores a categorias. ... relembrar as cores de objetos/coisas da natureza/imagens. ... mencionar objetos/coisas da natureza que sejam de uma determinada cor. ... relembrar as cores associadas às categorias. ... separar objetos por cores. ... imitar uma posição com o seu corpo ao mesmo tempo que está a ser executada. ... imitar uma posição com o seu corpo sem modelo.
Memória Verbal	Promover a memória verbal.	Manutenção da evocação de palavras/ações. Manutenção da recordação de eventos passados.	... completar verbalmente provérbios populares. ... fazer a reflexão da sessão, fazendo recordação das atividades realizadas na mesma ... contar histórias espontaneamente, ou utilizando imagens/objetos.
Domínio Temporal	Promover a noção temporal.	Manutenção da noção do tempo. Manutenção da capacidade de	... dizer o dia da semana, o mês, o dia do mês, o ano e a estação do ano em que se encontra.

Áreas de Intervenção	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Operacionais: A utente deve ser capaz de...
		sequencializar ações.	... evocar a sua rotina diária. ... organizar as imagens/frases por uma ordem sequencial com sentido. ... organizar uma ação, tendo em conta a ordem pela qual ela decorre. ... organizar os eventos, tendo em conta o ano em que aconteceram. ... contar a sua história de vida por ordem cronológica
Domínio espacial	Promover a noção espacial	Manter a noção de espaço Manter a orientação nos deslocamentos	... dizer o local onde se encontra. ... montar um puzzle. ... indicar um percurso (e.g. até ao quarto) sozinho.
Perceção	Potenciar a estereognosia Potenciar a leitura	Manutenção do reconhecimento de objetos através do tato Manutenção da leitura	... retirar um objeto pedido pela técnica de um saco utilizando apenas o tato. ... reconhecer as diferentes texturas. ... ler pequenas frases.

2.2.5 Avaliação final

A avaliação decorreu nos dias 26 e 29 de maio de 2017 e, à semelhança do que aconteceu na avaliação inicial, foram necessárias duas sessões para concluir a avaliação, apesar de, desta vez, os sinais de cansaço não terem sido tão evidentes. Não aconteceram situações anormais de comportamento por parte do utente. A sessão decorreu na varanda do piso 0, da Residência Sénior, pois sendo um dia de calor, e a utente em questão estar sempre a transpirar, foi-se para a varanda, onde estava sombra e uma leve brisa.

2.2.6 Resultados e discussões de resultados

Foram obtidos 43.5 pontos no total da aplicação do EGP na avaliação inicial e 55 pontos na avaliação final, podendo considerar-se, por isso, que a intervenção foi eficaz. Referir também que foram realizadas todas as sessões previstas.

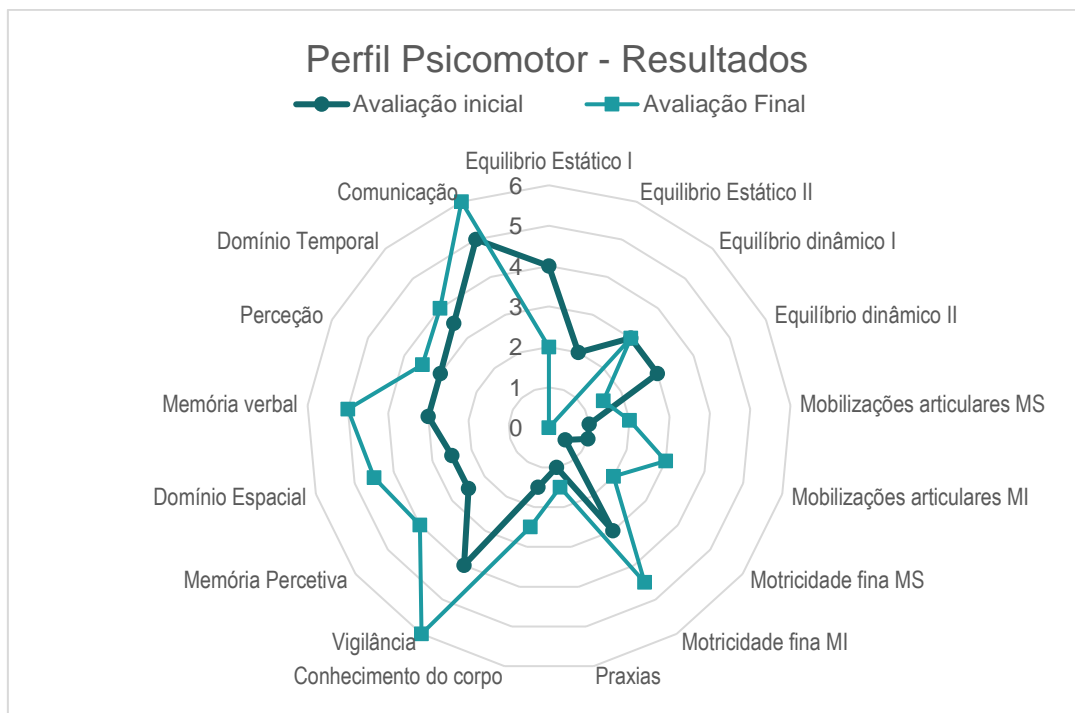


Figura 8 - Resultados da Avaliação Inicial e Final da D. Ana

Através da observação do perfil psicomotor (figura 8) pode observar-se que, após a intervenção, o *equilíbrio dinâmico I* manteve-se constante em ambos os momentos de avaliação. Por outro lado, o *equilíbrio estático I*, *equilíbrio estático II* e *equilíbrio dinâmico II* apresentaram na avaliação final um valor inferior ao da avaliação inicial. Ora, o equilíbrio, no geral, não foi trabalhado durante as sessões de psicomotricidade, pois era-o nas sessões de fisioterapia com grande intensidade, tendo sido dada prioridade a outras áreas, como se pode verificar na em quatro meses, com uma frequência de três vezes por semana, em sessões de 50 minutos, realizadas ou na sala do piso 3 da unidade residencial (UR), ou na sala de atividades do piso 1 da UR. Semanalmente, duas sessões destinam-se a trabalho individual e uma em grupo. No total estão previstas 32 sessões individuais e 16 de grupo, das quais quatro das individuais se destinarão à avaliação inicial e final.

. No entanto, e apesar de todo o trabalho desenvolvido nas sessões de fisioterapia, a DCB tem implicações no equilíbrio, principalmente a nível postural, para além da rigidez associada que vai condicionando a realização de movimentos (Budson e Solomon, 2015; Jung e Josephs, 2015; Magalhães e Correia, 2013; Malek e Greene, 2016; Marsili, et al., 2015; Stamelau e Bhatia, 2015).

Os domínios onde as diferenças verificadas são positivas, i.e., a cotação registada na avaliação final é superior à da avaliação inicial, foram: *mobilização articular dos membros superiores e inferiores, motricidade fina dos membros superiores e inferiores, praxias, conhecimento das partes do corpo, vigilância, memória percetiva, domínio espacial, memória verbal, percepção, domínio temporal e comunicação*.

As *mobilizações articulares dos membros superiores e inferiores* foram trabalhadas essencialmente na ativação geral. Os resultados mais positivos destes domínios devem-se sobretudo à passividade, que foi melhor cotada na avaliação final, principalmente nos membros inferiores. Apesar de a DCB incluir uma rigidez associada, o acesso à passividade pode ser aperfeiçoado se existir um melhor controlo tónico, que a terapia gerontopsicomotora pode facilitar, através, por exemplo, de técnicas de relaxação (Fonseca, 2001). As diferenças entre membros superiores e inferiores podem ser explicadas pela assimetria típica presente na DCB e pelo facto de a D. Ana ter mioclonias que afetam sobretudo o membro superior, nomeadamente os dedos (Budson e Solomon, 2015; Jung e Josephs, 2015; Magalhães e Correia, 2013; Malek e Greene, 2016; Marsili et al., 2015; Stamelau e Bhatia, 2015).

A motricidade fina dos membros superiores é a área prioritária da D. Ana, o que se traduz numa maior motivação para realizar exercícios de perícia dos dedos. Dos objetivos operacionais propostos para esta área não se conseguiu a realização de dois, o enfiar missangas num fio de pesca e o escrever, que exigem uma dissociação entre dedos mais complexa, aliada a uma função visuoespacial. Para além das dificuldades já mencionadas, ao nível da rigidez e mioclonias que podem afetar a motricidade fina, são também evidentes défices visuoespaciais, que impedem a correta coordenação entre objeto e mão, condicionando, por sua vez, a execução eficaz das tarefas (Budson e Solomon, 2015; Jung e Josephs, 2015; Magalhães e Correia, 2013; Malek e Greene, 2016; Marsili et al., 2015; Stamelau e Bhatia, 2015). Contudo, as melhorias neste domínio foram mais evidentes no tamborilar, que conseguiu parcialmente com a mão direita, e da oponência do polegar, que conseguiu na totalidade também com a mão direita. Em relação aos membros inferiores, propôs-se, como objetivo operacional, o pontapear uma bola, tendo este sido atingido com sucesso. A diferença entre o lado direito e o lado esquerdo pode estar relacionada com a assimetria própria da DCB (Budson e Solomon, 2015; Jung e Josephs, 2015; Magalhães e Correia, 2013; Malek e Greene, 2016; Marsili et al., 2015; Stamelau e Bhatia, 2015). Por sua vez, a gerontopsicomotricidade reforça a autoestima e confiança do indivíduo (Oliveira, Pinto e Cordeiro, 2015; Santos et. al.,

2014), o que, associado à grande motivação da utente para obter melhorias neste domínio, pode ser explicativo dos resultados obtidos.

Em relação às *praxias*, as diferenças encontradas entre as duas avaliações devem-se sobretudo ao saber utilizar os talheres corretamente. Tal, pode estar relacionado com as melhorias ao nível das mobilizações articulares dos membros superiores, que, por sua vez, podem advir de melhorias ao nível da regulação tónica, e consequente relaxamento muscular (Fonseca, 2001). Sabe-se também que problemas ao nível do planeamento motor podem estar na origem de dificuldades em executar os movimentos pretendidos (Budson e Solomon, 2015; Jung e Josephs, 2015; Magalhães e Correia, 2013; Malek e Greene, 2016; Marsili et al., 2015; Stamelau e Bhatia, 2015), pelo que os resultados também podem ser explicados por melhorias neste campo. Em futuras intervenções, deve dar-se mais enfoque às questões da pantomima, para que este resultado possa ser ainda mais potencializado.

No que concerne à *noção do corpo*, as atividades realizadas para que existissem melhorias neste domínio, permitiram resultados superiores na identificação e nomeação das partes do seu corpo e do corpo do outro, nomeadamente: a montagem do corpo humano, e a utilização de molas e de expressões idiomáticas. Para Parreiral (2007), estes resultados são concordantes com a literatura, na medida em que, a terapia psicomotora é uma terapia de mediação corporal (i.e. o corpo está no centro de toda a intervenção), que tem como objetivo primordial tornar o corpo em movimento, num corpo que age e que se relaciona com os outros e com o meio que o envolve, de forma mais eficaz (Fonseca, 2001; Martins, 2001).

No decorrer da avaliação final foi possível perceber que a D. Ana estava preocupada com o seu desempenho, mas motivada para executar todas as tarefas propostas. Tal, pode explicar as melhorias ao nível da *vigilância*, pois, ao estar motivada para as tarefas, está necessariamente mais atenta, melhorando, assim, o desempenho na atividade proposta. A literatura contradiz estas informações, pois uma vez que afirma que, não só nos processos de envelhecimento normais (Barreiros, 2006; Morais 2007), como na DCB (Budson e Solomon, 2015; Jung e Josephs, 2015; Magalhães e Correia, 2013; Malek e Greene, 2016; Marsili et al., 2015; Stamelau e Bhatia, 2015) existem défices ao nível da atenção e concentração. No entanto, a prática psicomotora pressupõe uma componente lúdica e relacional (Martins, 2001) que pode estar na origem destes resultados, devido ao encontro entre terapia e interesses do utente.

A *memória perceptiva* foi trabalhada com recurso à categorização por cores, à associação de objetos ou movimentos a cores, à realização de atividades de motricidade fina (que é, tal como já mencionado, a área de eleição da utente) que envolvessem a discriminação e evocação de cores, entre outros. Já para a *memória verbal* recorreu-se aos provérbios populares, ao contar histórias e também à rechamada das atividades realizadas na sessão. A literatura fala-nos de défices nas funções visuoespaciais e nas funções executivas nos indivíduos com DCB, que podem estar na origem das dificuldades ao nível da memória perceptiva. Por outro lado, ainda são referidas dificuldades ao nível da fala, como a afasia não fluente ou apraxia da fala que também poderão condicionar o desempenho no domínio da memória verbal (Budson e Solomon, 2015; Jung e Josephs, 2015; Magalhães e Correia, 2013; Malek e Greene, 2016; Marsili et al., 2015; Stamelau e Bhatia, 2015). Desta forma, os resultados positivos podem ser explicados pelo facto de que, segundo Juhel (2010), a intervenção psicomotora tem um papel fulcral ao nível das áreas da cognição e linguagem, pois permite a manutenção mantém ou melhora dos níveis de ativação cerebral, reduzindo eventuais perdas cognitivas que colocam em risco algumas funções executivas.

Em todas as sessões era realizada a *orientação para a realidade temporal*, com a montagem de um quadro com a data (dia da semana, dia do mês, mês, ano e estação do ano), existindo por parte da utente um trabalho prévio de conferir a data antes das sessões. Tendo sido esta uma estratégia que a D. Ana começou a utilizar todos os dias, poderá ser uma das razões pelas quais se verificaram melhorias a nível temporal. Estas evidências são concordantes com Moraes (2007), que reforça a importância de realizar, no início de cada sessão, a orientação para a realidade. A nível *espacial*, era praticada a orientação nos deslocamentos em todas as sessões, realizando, também, puzzles e atividades com mapas, o que resultou nas melhorias verificadas. Fonseca (2001) refere a importância de realizar atividades de cariz espaço-temporal, de modo a prevenir os processos de retrogénese psicomotora, fortalecendo a prática realizada.

São sugeridas por Moraes (2007) algumas estratégias no sentido de melhorar a comunicação entre psicomotricista utente, nomeadamente, dar instruções concretas e simples, repetindo-as o número de vezes necessárias, e utilizar materiais concretos, de fácil utilização e da vida diária da pessoa. Com a utilização destas estratégias, aliada à relação terapêutica criada, potenciou-se a confiança e a empatia, resultando em melhorias significativas ao nível da comunicação.

Todos os resultados positivos podem estar relacionados com a adesão ao tratamento por parte da utente, pois, aquando a avaliação inicial, a mesma apresentava uma atitude negativa face à evolução da doença, situação esta que se foi modificando, potenciando assim a autoestima e a autodeterminação da D. Ana. Estes fatores podem estar diretamente relacionados com a intervenção psicomotora, uma vez que na literatura é referenciada como facilitadora da autoestima e da confiança no idoso (Oliveira et al., 2015; Santos et al., 2014).

Desta forma, e tendo em conta todas estas informações, observam-se, na tabela 7, as diferenças verificadas entre a avaliação inicial e final, no perfil psicomotor da D. Ana. Assim, para além da comunicação, acrescentou-se, no final da avaliação, a vigilância e a memória verbal às áreas fortes. Já nas áreas fracas, a motricidade fina dos membros superiores, o conhecimento das partes do corpo, a memória perceptiva e o domínio espacial, deixaram de fazer parte desta lista no final da intervenção.

Tabela 7 - Comparação de resultados entre avaliação inicial e final da D. Ana

Áreas Fortes		Áreas Fracas	
Iniciais	Finais	Iniciais	Finais
Comunicação	Comunicação	Equilíbrio estático II	Equilíbrio estático I, II e dinâmico II
	Vigilância	Mobilização articular dos membros superiores	Mobilização articular dos membros superiores
	Memória verbal	Mobilização articular dos membros inferiores	Motricidade fina dos membros superiores
		Praxias	Praxias
		Motricidade fina dos membros superiores	
		Conhecimento das partes do corpo	
		Memória perceptiva	
		Domínio espacial	

2.2.7 Reflexão Crítica

No primeiro contacto com esta senhora, percebeu-se que a relação terapêutica ia ser difícil de estabelecer. A D. Ana é de ideia fixas, muito reticente em relação à intervenção, não acreditando ter potencial para melhorar. À medida que o plano de intervenção ia avançando, que as sessões iam decorrendo e as atividades iam sendo planeadas, a relação foi evoluindo de forma muito satisfatória. A utente foi-se mostrando cada vez mais segura e confiante em si e nas suas capacidades, o que se foi traduzindo em pequenas conquistas cada vez mais frequentes. Dada a necessidade de feedback e reforço positivo constante, cada vez que era dado um pequenino passo, era muito elogiada e incentivada a continuar o bom trabalho. Todos estes fatores levaram a auto motivação e a maiores

níveis de autoestima que se traduziram nas melhorias acima expostas. Para além disso, a relação terapêutica foi bem conseguida, tendo-se transformado a ida para a sessão num momento prazeroso, sendo muitas vezes a própria a pedir para ter sessão, mesmo quando esta não estava prevista.

No que concerne ao desenvolvimento das sessões, as atividades propostas foram sendo monitorizadas com a utente, principalmente com a reflexão realizada no final de todas as sessões, onde a D. Ana dizia quais as atividades que mais tinha gostado, quais as mais difíceis e porquê. Isso promovia não só a linguagem, o pensamento autocrítico, como ainda auxiliavam na construção de novas atividades, que fossem a favor dos interesses da utente, e ao mesmo tempo desafiantes. As dinâmicas que a utente mais gostava de realizar estavam relacionadas com a orientação temporal, principalmente a construção do quadro de montagem, e com a motricidade fina.

É importante que a D. Ana continue a ser acompanhada em sessões de gerontopsicomotricidade, para que a sua motivação e autoestima de se mantenham e as capacidades ainda existentes se preservem durante o máximo de tempo possível.

2.3 Estudo de caso de grupo

Durante o período de estágio foi formado um grupo de intervenção. Escolheram-se os utentes da residência sénior, devido ao tipo de internamento, neste caso, permanente. O grupo era constituído por seis utentes, sendo um deles a D. Maria, primeiro estudo de caso individual. Os utentes foram avaliados de forma individual, antes e depois da intervenção, através do EGP, sendo igualmente acompanhados em sessões individuais bissemanais de psicomotricidade. Para além disso, todos eles também participavam, uma vez por semana, nas sessões de grupo dinamizadas pelos fisioterapeutas e pelos neuropsicólogos.

2.3.1 Apresentação dos casos

Será descrita de forma sucinta a história de cada utente pertencente ao grupo, nomeadamente: idade, naturalidade, escolaridade, profissão exercida, patologia diagnosticada, e tecnologias de apoio, se existentes. São ainda descritas algumas informações sobre a personalidade e participação dos utentes nas atividades, bem como de outras terapias realizadas. De forma a manter a confidencialidade destes, os nomes utilizados são fictícios.

2.3.1.1 - D. Maria.

Senhora com 84 anos, natural de Torres Vedras com o 4.º ano de escolaridade. Foi leiteira durante o tempo de juventude, tendo assumido o papel de doméstica quando casou. Usa óculos e andarilho de duas rodas. Diagnóstico de DFT. Pessoa bem-disposta e cooperante nas atividades.

2.3.1.2 - D. Noémia.

Senhora com 81 anos, natural da Lourinhã, licenciada em artes, tendo sido professora numa das escolas do concelho de Torres Vedras durante muito tempo da sua carreira. Utiliza óculos e precisa de apoio unilateral para a marcha. Diagnóstico de DA. Está frequentemente desorientada no tempo e espaço, passando por períodos de descompensação diários, normalmente ao final da tarde. Realiza sessões terapêuticas de fisioterapia e de treino cognitivo, pelo menos uma vez por semana.

2.3.1.3 - D. Margarida.

Senhora com 82 anos, natural de Lisboa, esteve durante muitos anos emigrada em França, onde trabalhava como empregada doméstica. Quando voltou para Portugal, dedicou-se à costura. Tem o 4.º ano de escolaridade e diagnóstico de doença de Alzheimer. Apesar de gostar de estar em grupo, nem sempre é muito comunicativa. Por vezes, está muito motivada para realizar as atividades, executando-as corretamente e com entusiasmo, enquanto outras está num estado de sonolência em que é necessária muita insistência para que participe.

2.3.1.4 - D. Rosário.

Senhora com 88 anos, natural de Monforte. É analfabeta, sabendo apenas assinar o seu nome. Durante a sua vida profissional foi costureira. Usa óculos e utiliza a cadeira de rodas como meio de locomoção, devido ao AVC que teve há uns anos que lhe causou problemas do lado direito do corpo. Para além disso tem diagnóstico de DCL. É uma senhora pessimista, sendo necessário reforçar com veemência as pequenas conquistas. Devido a tal, nem sempre é fácil motivá-la a participar nas sessões, mas acaba por ir e gostar das atividades realizadas. Frequenta as sessões individuais de fisioterapia uma vez por semana.

2.3.1.5 - Sr. António.

Senhor com 77 anos, natural de Lisboa. Tem o 9.º ano de escolaridade, tendo sido contabilista durante toda a sua vida. Utiliza óculos e necessita de apoio unilateral para

realizar marcha. Tem diagnóstico de DCL. É um senhor educado, cortês, calmo e bem-disposto, estando normalmente motivado para participar nas atividades propostas.

2.3.1.6 - Sr. Francisco.

Senhor com 83 anos, natural de Lisboa. Tem o 9.º ano de escolaridade e dedicou a sua vida de trabalho à Transportadora Aérea Portuguesa (TAP). Utiliza a cadeira de rodas como meio de locomoção. Tem diagnóstico de DCL. É um utente muito resistente, sendo difícil motivá-lo a participar nas atividades. Apresenta baixa tolerância à frustração, tornando-se, por vezes, um pouco agressivo física e verbalmente. Não costuma interagir espontaneamente, respondendo apenas quando solicitado.

2.3.2 Perfil psicomotor

Tal como já referido, a avaliação dos utentes decorreu de forma individual através do EGP. A partir desses resultados, é possível traçar um perfil psicomotor do grupo, traçado segundo os critérios dos anteriores, como se pode visualizar na tabela 8.

Tabela 8 - Perfil Psicomotor do grupo de intervenção

Áreas Fortes	Áreas Fracas
Equilíbrio estático I	Equilíbrio estático II
Equilíbrio dinâmico I	Motricidade fina dos membros superiores
Mobilizações articulares dos membros inferiores	Memória perceptiva
Motricidade fina dos membros inferiores	Domínio espacial
Noção do corpo	Memória verbal
Vigilância	
Comunicação	

2.3.3 Plano de intervenção

O plano de intervenção apresentado na tabela 9 foi delineado tendo em conta o perfil psicomotor previamente apresentado. O objetivo é potencializar as áreas fracas, através das áreas fortes. Sendo que, para além das áreas consideradas fracas, é importante trabalhar, de modo a manter as capacidades existentes, a noção corporal, o domínio temporal, a perceção e as praxias, que obtiveram valores intermédios (3).

Este programa foi previsto decorrer em quatro meses, com sessões semanais de 50 minutos, realizadas na sala de animação da residência sénior, estando previstas 16 sessões.

Tabela 9 - Plano de intervenção do grupo

Áreas de Intervenção	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos operacionais: Os utentes devem ser capazes de...
Motricidade fina dos membros superiores	Promover a motricidade fina dos membros superiores.	Manutenção das capacidades manipulativas. Manutenção da pega pinça. Manutenção da escrita.	... moldar com plastilina. ... realizar enfiamentos utilizando um atacadador. ... pintar. ... pegar em objetos de reduzidas dimensões. ... enfiar missangas num fio de pesca. ... escrever.
Praxias	Potenciar a pantomima Potenciar a imitação de modelos.	Manter a capacidade de mímica. Manutenção da capacidade de reproduzir o que está a ver. Manutenção da capacidade de identificar no outro uma situação mimada	... mimar uma situação. ... imitar uma posição observada. ... mimar as suas atividades de vida diária ... adivinhar a posição mimada pelo outro ... reproduzir nas costas do colega da frente o mesmo padrão que está a ser desenhado nas suas costas
Noção do corpo	Potenciar a noção do corpo.	Manter o conhecimento das partes do corpo. Manter consciencialização dos limites corporais. Manter o conhecimento do corpo do outro.	... nomear as partes do seu corpo. ... nomear as partes do corpo do outro. ... colocar as partes do corpo na ordem certa. ... realizar uma automassagem facial, seguindo as coordenadas da técnica, permanecendo de olhos fechados. ... associar provérbios/expressões idiomáticas a partes do corpo.
Memória percetiva	Potenciar a memória percetiva.	Melhorar a discriminação de cores. Melhorar a evocação de cores/imagens.	... nomear as cores apresentadas. ... associar cores a categorias. ... relembrar as cores de objetos/coisas da natureza/imagens. ... mencionar objetos/coisas da natureza que sejam de uma determinada cor. ... relembrar as cores associadas às categorias. ... separar objetos por cores. ... relembrar códigos coloridos, associados a movimentos ou pessoas
Memória Verbal	Promover a memória verbal.	Manutenção da evocação de palavras/ações. Manutenção da rechamada de eventos passados.	... completar verbalmente provérbios populares. ... fazer a reflexão da sessão, fazendo rechamada das atividades realizadas na mesma ... contar histórias espontaneamente, ou utilizando imagens/objetos em grupo.
Domínio Temporal	Promover a noção temporal.	Manutenção da noção do tempo. Manutenção da capacidade de sequencializar ações.	... dizer o dia da semana, o mês, o dia do mês, o ano e a estação do ano em que se encontram. ... evocar a sua rotina diária. ... organizar as imagens/frases por uma ordem sequencial com sentido. ... organizar uma ação, tendo em conta a ordem pela qual ela decorre. ... organizar os eventos, tendo em conta o ano em que aconteceram. ... partilhar a sua história de vida com o grupo por ordem cronológica
Domínio espacial	Promover a noção espacial.	Manter a noção de espaço Manter a orientação nos deslocamentos	... dizer o local onde se encontram. ... realizar atividades através da utilização de mapas, indicando os pontos cardeais e/ou os nomes das cidades/países em questão.
Perceção	Potenciar a estereognosia Potenciar a leitura.	Manutenção do reconhecimento de objetos através do tato Manutenção da leitura	... retirar um objeto pedido pela técnica de um saco utilizando apenas o tato. ... reconhecer as diferentes texturas. ... ler pequenas frases.

2.3.4 Resultados e discussão de resultados

Na tabela 10 são apresentados os valores da moda, média e desvio padrão das avaliações inicial e final dos elementos para posterior análise.

Tabela 10 - Resultados da intervenção de grupo

		Moda	Média	Desvio Padrão
Equilíbrio estático I	Avaliação inicial	6	4	± 2.50
	Avaliação final	6	4	± 2.62
Equilíbrio estático II	Avaliação inicial	3	2	± 1.25
	Avaliação final	3	2	± 1.18
Equilíbrio dinâmico I	Avaliação inicial	6	4	± 2.64
	Avaliação final	0	3	± 2.42
Equilíbrio dinâmico II	Avaliação inicial	6	3	± 2.41
	Avaliação final	0	2	± 2.39
Mobilização Articular Membros Superiores	Avaliação inicial	6	5	± 0.92
	Avaliação final	4	4	± 1.02
Mobilização Articular Membros Inferiores	Avaliação inicial	5	5	± 0.73
	Avaliação final	5	4	± 1.10
Motricidade Fina Membros Superiores	Avaliação inicial	2	3	± 1.16
	Avaliação final	n/a	3	± 1.51
Motricidade Fina Membros Inferiores	Avaliação inicial	6	6	± 0.35
	Avaliação final	6	5	± 0.65
Praxias	Avaliação inicial	4.5	4	± 3.29
	Avaliação final	3.5	3	± 1.39
Conhecimento das partes do corpo	Avaliação inicial	6	4	± 1.40
	Avaliação final	2	4	± 1.51
Vigilância	Avaliação inicial	6	5	± 1.13
	Avaliação final	5	5	± 0.99
Memória perceptiva	Avaliação inicial	1	1.5	± 1.58
	Avaliação final	1.5	2	± 1.06
Domínio espacial	Avaliação inicial	n/a	3	± 1.22
	Avaliação final	2	3	± 1.36
Memória verbal	Avaliação inicial	3	2	± 1.03
	Avaliação final	n/a	2	± 1.39
Percepção	Avaliação inicial	4	4	± 1.40
	Avaliação final	5.5	5	± 0.78
Domínio Temporal	Avaliação inicial	3	3	± 1.77
	Avaliação final	n/a	3	± 1.85
Comunicação	Avaliação inicial	6	5	± 1.84
	Avaliação final	6	4	± 1.99

Tendo em conta o perfil apresentado na tabela 8 e os resultados das avaliações expostos na tabela 10, verifica-se que o *equilíbrio estático I*, *equilíbrio estático II*,

motricidade fina dos membros superiores, conhecimento das partes do corpo, vigilância, domínio espacial, memória verbal e domínio temporal, mantiveram os resultados entre as duas avaliações. De entre estes domínios, quatro encontram-se nas áreas fortes do grupo (*equilíbrio estático I, equilíbrio dinâmico I, conhecimento das partes do corpo e vigilância*), tendo sido trabalhados como facilitadores da intervenção, i.e. como motivação para o grupo. Sabe-se que o equilíbrio é fortemente afetado no decorrer do processo de envelhecimento, condicionando a marcha e aumentando o risco de queda (Michel et al., 2011). No entanto, e apesar de Fonseca (2001) referir como fundamentais atividades que promovam o equilíbrio, este não foi um domínio tomado como prioritário na intervenção psicomotora de grupo, pois era muito trabalhado nas sessões de fisioterapia. Por outro lado, a noção de corpo e de esquema corporal sofre alterações com o passar dos anos, acarretando problemas na organização da personalidade e das relações com o outro, isto porque, a consciência de si e dos outros é realizada a partir de um corpo que está fragilizado, conduzindo à insegurança (Fernandes, 2014). Contudo, Fonseca (2001) refere que a terapia psicomotora auxilia na reestruturação da imagem corporal, colocando no centro da sua prática o corpo, com objetivo final de melhorar a sua relação com os outros e com o meio que o rodeia (Fonseca, 2001; Martins, 2001), corroborando, desta forma, com os resultados obtidos.

A motricidade fina dos membros superiores, o domínio espacial e a memória verbal fazem parte das áreas prioritárias dos utentes do grupo, i.e., foram avaliadas como áreas fracas.

A *motricidade fina*, no processo normal de envelhecimento, perde força, velocidade e amplitude (Michel et al., 2011), podendo até sofrer uma lentificação (Juhel, 2010). Porém, Moraes (2007) refere que, após a parte fundamental da sessão, devem ser realizadas atividades com objetivo de promover a praxia fina. Esta estratégia foi implementada neste grupo, podendo residir aí a justificação para as melhorias verificadas.

A *nível espacial*, a literatura refere que as dificuldades sentidas condicionam os deslocamentos dos indivíduos, principalmente em espaços desconhecidos (Juhel, 2010). Na terapia psicomotora, de acordo Fonseca (2001), devem ser realizadas atividades de cariz espacial e temporal. No decorrer da intervenção foram realizadas atividades com o objetivo de estimular este domínio, principalmente com auxílio de puzzles e de mapas, o que podem ter contribuído para estes resultados.

A literatura diz-nos também que na DCL as perdas de memória não são evidentes nas fases iniciais da doença, mas durante a sua evolução os défices neste domínio vão-se evidenciando (Alzheimer's Association, 2017; APA, 2013; Cromarty et al., 2016; Lingler e Kaufer, 2003; Mueller et al., 2017; Neto et al., 2005; Nordon, et al., 2009; Tavares e Azeredo, 2003; Walker et al., 2015). Na DCL não são referenciadas quaisquer dificuldades ao nível da linguagem. O mesmo acontece na DA, sendo sugeridos défices de memória evidentes (Abreu et al., 2005), sem menção a problemas de linguagem. Por outro lado, a DFT possui uma variante que pressupõe declínios na capacidade de linguagem, desde a produção do discurso, escolha de palavras, nomeação de objetos, gramática à compreensão de palavras (APA, 2013; Arrant e Roberson, 2016; Chare et al., 2014; Neto, Tamelini e Forlenza, 2005; Nordon, et al., 2009; Olney et al., 2017; Wauters et al., 2017). A APA (2013) acrescenta ainda que a nível de memória não são evidentes declínios significativos. Desta forma, e tendo em conta as informações anteriormente referidas e os dados fornecidos por Juhel (2010), que refere que a intervenção psicomotora tem um papel fulcral ao nível das áreas da cognição e linguagem, não só porque mantém ou melhorara os níveis da ativação cerebral, reduzindo eventuais perdas cognitivas que colocam em risco algumas funções executivas, como permite ao indivíduo manter as relações interpessoais, expressando as suas emoções, opiniões e necessidades, através da manutenção da linguagem verbal e não-verbal, tal pode ser justificativo dos resultados positivos obtidos no domínio da memória verbal.

Já o *domínio temporal*, mesmo não constando na tabela de perfil psicomotor, fez parte do plano de intervenção, dado a literatura mencionar dificuldades na perceção do tempo (orientação temporal) e na sequencialização de acontecimentos com o avançar da idade (Juhel, 2010; Michel et al., 2011). Devido a tal, em todas as sessões com o grupo realizou-se orientação para a realidade, tal como sugerido por Morais (2007), podendo isso ser a justificação para o resultado positivo nesta área.

Alguns domínios, por outro lado, registaram resultados mais baixos na avaliação final em comparação com a avaliação inicial, sendo eles: *equilíbrio dinâmico I*, *equilíbrio dinâmico II*, *mobilização articular dos membros superiores*, *mobilização articular dos membros inferiores*, *a motricidade fina dos membros inferiores*, *praxias* e *comunicação*. Destes, o *equilíbrio dinâmico I*, a *mobilização articular dos membros inferiores*, a *motricidade fina dos membros inferiores* e a *comunicação* fazem parte das áreas fortes dos utentes, pelo que, como já mencionado, foram áreas indiretamente trabalhadas.

Assim, estes declínios podem ser explicados com avançar natural da patologia de cada um e do processo de envelhecimento em si, já que, de acordo com a literatura consultada, existe um aumento do risco de queda (relacionado com a lentificação da marcha); o encurtamento dos passos e o arrastar os pés, diminuindo o tempo de apoio unipodal, que juntamente com a flexão do tronco, condiciona o balancear dos braços, conduzindo a maiores desequilíbrios durante a marcha, relacionados com os domínios de equilíbrio dinâmico e mobilizações articulares dos membros superiores e inferiores (Michel et al., 2011; WHO, 2017b). Juhel (2010) e Michel et al., (2011) referem nos seus trabalhos problemas relacionados com as habilidades construtivas, que estão diretamente ligadas às praxias. No que concerne à comunicação, na DA, os problemas de cariz social incluem dificuldades em se relacionar com aqueles que o rodeiam, perdendo a razão, a autonomia e a coerência, dando a impressão de que apenas trata de garantir a sua sobrevivência, ignorando a sua qualidade de vida. (Abreu et al., 2005). Já na DFT a desinibição, a apatia, a falta de empatia, o comportamento compulsivo/repetitivo e os comportamentos socialmente desadequados afetam o dia-a-dia do indivíduo e as suas relações sociais (APA, 2013; Arrant e Roberson, 2016; Olney et al., 2017; Neto et al., 2005; Oliver et al., 2015). Ainda nas DFT, são observáveis: declínios na capacidade de linguagem, desde a produção de discurso, escolha de palavras, nomeação de objetos, gramática à compreensão de palavras (APA, 2013; Arrant e Roberson, 2016; Chare et al., 2014; Neto et al., 2005; Nordon, et al., 2009; Olney et al., 2017; Wauters et al., 2017). Posto isto, os declínios visíveis nestes domínios podem ser justificados pela literatura como evolução natural do processo de envelhecimento associado a uma PNC (DA, DFT ou DCL).

Finalmente, de salientar os dois domínios onde existiram ligeiras melhorias: a *perceção* e a *memória perceptiva*. Esta última faz parte das áreas prioritárias, tendo sido fortemente trabalhada. A gerontopsicomotricidade permite a integração de sensações e percepções (Boscaini, 2003; Martins, 2001; Probst et al., 2010), o que pode justificar os resultados positivos, em associação com a utilização de estratégias que impeliam a identificação de imagens, a utilização da música (Morais, 2007), de modo a promover a estruturação rítmica, e a utilização de, por exemplo, arcos coloridos, cada um associado a uma categoria diferente de forma a promover a memória perceptiva.

Assim, pode concluir-se que o programa psicomotor delineado foi eficaz, na medida em que os resultados positivos, i.e., os resultados nos quais se verificou uma manutenção dos resultados e os que registaram melhorias, se encontram mais

representados do que o inverso. Para além disso, o feedback dos utentes no fim das sessões era positivo, afirmando que gostavam das atividades propostas.

2.3.5 Reflexão Crítica

Todas as sessões foram realizadas, estando presentes a maioria dos utentes em todas elas. A primeira dificuldade sentida esteve relacionada com a construção do plano de intervenção. Definir objetivos para um grupo heterogéneo não é uma tarefa fácil, dado ter de se analisar as dificuldades de cada um, dando prioridade a domínios que se expressem menos fortes na maioria dos elementos do grupo. Depois, seguiu-se a linha de pensamento de definição de objetivos para os casos individuais, dando-se prioridade às áreas referidas na literatura como mais propícias a declínios.

A participação dos utentes na sessão era facilitada, dado esta acontecer no espaço onde já estavam, não exigindo por isso que se deslocassem, diminuindo o número de recusas. No entanto o desempenho de um utente em sessão de grupo tem muitos mais fatores associados. Existem sempre os elementos que destabilizam a sessão, exigindo maior atenção e controlo, prejudicando os restantes, não só por um maior desapoio da parte da técnica, como por uma desatenção na tarefa acrescida. Por outro lado, existem também os utentes que estão sempre prontos a ajudar, os que têm maior autonomia física ou cognitiva, que são facilitadores da sessão.

À medida que foram avançando as sessões foi-se aumentado a segurança e o pensamento autocrítico do processo de intervenção. Numa fase inicial era difícil ultrapassar obstáculos, que foi dando lugar a uma terapeuta confiante e capaz de resolver os imprevistos. O pensamento reflexivo e autocrítico também se foi aperfeiçoando, ganhando-se a capacidade de aprender com os próprios erros.

3 Atividades complementares

Neste capítulo será apresentado, em primeiro lugar, o projeto, seguindo-se a referência aos materiais realizados. Finalmente, são descritas três atividades complementares em que se participou através do CNS.

3.1 Projeto

Neste capítulo será concetualizada a elaboração de uma revisão sistemática no âmbito da avaliação do bem-estar na população idosa, para que possa melhorar a perceção de qualidade de vida e bem-estar dos utentes que beneficiam de terapia gerontopsicomotora, no CNS.

3.1.1 Definição do problema/Pertinência do estudo

De acordo com a *World Health Organization* (WHO, s.d.b) a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”. A mesma entidade (WHO, s.d.c.) refere que a definição de bem-estar não é universalmente aceite, dado poder ser interpretada de forma diferente por cada indivíduo: para uns, bem-estar pode ser a noção de felicidade; para outros, a ausência de doença; alguns interpretam, ainda, este conceito como prosperidade económica; outros, por fatores externos como ter uma habitação ou emprego. Desta forma, pode afirmar-se que o bem-estar deve ser analisado no contexto sociocultural do indivíduo e ainda como um conceito que abrange não só a parte cognitiva, como também questões emocionais e comportamentais (WHO, s.d.c).

A relação entre saúde e bem-estar, desta forma, indissociável e recíproca, tendo, por isso, várias implicações no setor da saúde, como o conceito unificador de mente e corpo, o ser experienciado de forma subjetiva e individual, o possuir um valor preditivo, i.e., maiores níveis de bem-estar conduzem a menor risco de doença, melhor funcionamento imunológico, recuperação mais rápida e maior longevidade (WHO, 2015). Porém, ao longo das décadas, o objetivo da WHO tem sido reduzir a morte, a doença e a deficiência, ao invés de investir na medição do bem-estar completo, quer físico, quer mental (WHO, 2015). Posto isto, vários países da Europa têm vindo a apostar em investigações com vista a melhorar o bem-estar das suas populações, acreditando que, através do desenvolvimento de políticas que envolvam esta área, e uma vez que as evidências mostram que é possível viver bem com alguma patologia do foro mental,

podem obter melhores programas e serviços em diversos domínios do quotidiano (WHO, 2015).

A avaliação da percepção de saúde está relacionada com a forma como os indivíduos veem e sentem a própria vida. Dores, desconforto, mal-estar e problemas sociais, culturais ou ambientais podem ser a origem de percepções negativas, levando a que mulheres, idosos ou pessoas de etnia africana estejam mais vezes associados a autopercepções mais negativa de saúde. (Mari, Alves, Aerts e Camara, 2016; Montañés e Kist, 2011)

Potenciar a autonomia e a melhoria da imagem social da pessoa idosa é urgente, sendo tal necessário para melhorar os níveis de qualidade de vida desta população, e para que se sintam inseridos numa sociedade para a qual contribuíram e continuam a contribuir com a sua experiência (Montañés e Kist, 2011). Para se chegar ao chamado envelhecimento bem-sucedido é necessário existir um equilíbrio entre valores, objetivos, interesses e expectativas e os meios para os enfrentar (Montañés e Kist, 2011), transformando o indivíduo idoso num ser ativo na comunidade em que se insere. Contudo, para tal, é necessário criar um novo projeto de vida, com objetivos adequados à nova realidade (Guiomar, 2010).

Envelhecer com saúde, autonomia e independência até idades avançadas, é, hoje, um dos maiores desafios e objetivos da sociedade, no geral. No entanto, sabe-se que, à medida que se envelhece, a qualidade de vida é determinada pela autonomia e funcionalidade de cada um (Guiomar, 2010). Ora, a gerontopsicomotricidade tem como objetivo melhorar a qualidade de vida, através da manutenção do nível de integração social do idoso, para que este continue a assumir um papel de importância na sociedade, e para combater a decadência psicológica subjacente ao envelhecimento (Fonseca, 2001). Esta terapia de mediação corporal não tem como fundamento enfatizar os resultados a nível motor (quer de rendimento, quer de destreza), mas antes transformar o corpo como instrumento que age e que se relaciona com os outros, e com o meio que o envolve, de forma mais eficaz (Fonseca, 2001; Martins, 2001). Associando a componente lúdica e relacional à prática psicomotora, permite-se a regulação tónico-emocional e o prazer sensório-motor, o que irá contribuir para uma interação com o meio mais harmoniosa (Martins, 2001).

Assim, sendo a gerontopsicomotricidade uma terapia que permite a manutenção da qualidade de vida e bem-estar, foi proposto pelo diretor clínico do CNS a realização de uma revisão sistemática, no âmbito da avaliação do bem-estar. Desta forma, a terapia

gerontopsicomotora, pode ter resultados cada vez mais satisfatórios, contribuindo para uma percepção mais positiva da qualidade de vida dos idosos, principalmente aqueles que possuem doenças neurodegenerativas ou doenças de movimento, população-alvo da instituição.

3.1.2 Objetivos

Com esta investigação pretende-se alcançar um índice de instrumentos de avaliação do bem-estar específicos para a população idosa. Dessa listagem, irá escolher-se um instrumento que seja pertinente na avaliação do bem-estar na terapia gerontopsicomotora, de modo promover o bem-estar, a funcionalidade e a autonomia, de maneira mais eficaz nos utentes que beneficiam desta valência no CNS.

3.1.3 Método

Após proposta inicial, será realizada uma primeira análise, de modo a obter um levantamento do tipo de instrumentos que existem, como são aplicados e a que populações estão padronizados. Após este levantamento, decidiu-se avançar para uma revisão sistemática de instrumentos que avaliem o bem-estar na população idosa, tendo-se escolhido como modelo de base o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), pois pode ser utilizado em revisões sistemáticas de avaliações de intervenções, permitindo desenvolver os 27 tópicos pré-definidos, oferecendo ainda um modelo de fluxograma de quatro etapas (Galvão, Pansani e Harrad, 2015; Galvão e Pereira, 2015).

A primeira fase do PRISMA consiste na escolha das bases de dados e palavras-chave. É sugerida a consulta de bases de dados como a PubMed, ScienceDirect, Web of Science e Scielo. Como palavras-chave poderão ser usadas: *wellbeing questionnaire*, *wellbeing scale*, *psychological well-being questionnaire* e *WHO-five well-being index*, e seus equivalentes em português e espanhol.

Após a pesquisa de artigos, procede-se à análise dos títulos e resumos, que deve ser realizada por dois investigadores independentes, definindo-se os critérios de inclusão e exclusão. Artigos de validação de questionários/instrumentos de avaliação do bem-estar em idosos, estudos que compreendam a utilização de instrumentos de avaliação do bem-estar, e publicações dos últimos cinco anos, devem fazer parte dos critérios de inclusão, enquanto revisões sistemáticas, validação de instrumentos sobre o bem-estar espiritual e artigos de opinião devem ser excluídos.

Segue-se a leitura integral dos artigos, que continua a ser realizada pelos dois investigadores de forma autónoma, seleccionando a informação pertinente presente em cada um.

Alcançados os resultados, estes devem ser discutidos, revelando a sua evidência e pertinência no estudo que está a ser elaborado.

Finalmente surgem as limitações ao estudo e as conclusões, onde deve ser realizada uma interpretação geral dos resultados e referidas as implicações para futuras pesquisas.

Através destas conclusões, será possível determinar se algum dos instrumentos referenciados é útil na avaliação do bem-estar da população idosa no contexto da psicomotricidade. Caso exista, poderá ser utilizado como uma mais-valia na intervenção, tornando-a mais eficaz.

3.1.4 Implementação do projeto

Para a realização da primeira análise dos dados com vista ao levantamento dos instrumentos existentes, recorreu-se a bases de dados como a PubMed, ScienceDirect, Web of Science e Scielo. Desses resultados, obtiveram-se vários instrumentos, sendo eles:

- *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS) (Galinha e Pais-Ribeiro, 2005);
- *Satisfaction With Life Scale* (SWLS) (Diener, Emmons, Larsen e Griffin, 1985);
- WHO-5, de WHO (1998), apresentado em Toop, Ostergaard, Sondergaard e Beach, (2015);
- Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) (Tennant et al., 2007).

A partir daqui, iniciar-se-ia o processo de construção da revisão sistemática, como descrito precedentemente.

Findo o trabalho de cariz sistemático, deverá aplicar-se o instrumento de avaliação que melhor se enquadrar no âmbito psicomotor (para melhorar o desempenho ao nível da autonomia e da funcionalidade, e de modo a que esses benefícios sejam percebidos pelos indivíduos).

De forma a melhorar a organização do trabalho, sugere-se o seguinte cronograma (tabela 11), com as diferentes fases propostas pelo modelo PRISMA.

Tabela 11 - Cronograma do projeto



3.1.4.1 Limitações.

O CNS é ainda uma instituição recente, estando no mesmo período de tempo em que decorreu o estágio, a criar a sua comissão de ética. Não existindo esse grupo, todas as decisões passavam pelo diretor clínico da instituição. Após a primeira análise e apresentação dos instrumentos acima mencionados, o professor decidiu que se iria avançar para a revisão sistemática. Como se pode observar na descrição do método, de acordo com o modelo PRISMA é necessário a existência de dois investigadores independentes na análise dos títulos e resumos dos artigos selecionados. Contudo, nenhum outro colega teve disponibilidade horária para realização desta tarefa, após esta tomada de opção metodológica, não tendo sido possível avançar com o projeto. Essa oportunidade acabou por surgir mais tarde, mas o período de estágio estava no fim, pelo que se optou por adiar a execução do projeto para uma data mais oportuna, dada a relevância deste, quer para a instituição, quer para o campo profissional da psicomotricidade.

3.2 Materiais Psicomotores

No decorrer do estágio surgiu a necessidade de criar alguns materiais para desenvolver as sessões de Psicomotricidade, principalmente para atividades no domínio da motricidade fina. A necessidade surgiu não só da vontade e interesse da parte de alguns utentes por determinadas atividades, como também pela tentativa da terapeuta em criar novas atividades que desafiassem os utentes, evitando ao máximo a infantilização das mesmas. Na figura 9 são mostrados alguns desses materiais.

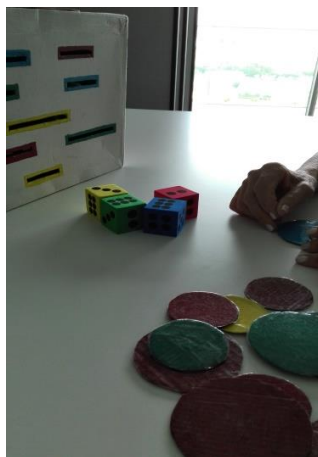


Figura 9 - Materiais psicomotores

3.3 Formação: Transferências e Posicionamentos

No dia 21 de dezembro de 2016, decorreu às 14h, na sala do piso -1, do CNS, uma formação sobre transferências e posicionamentos, estando esta ao cargo dos fisioterapeutas da instituição. A mesma dividiu-se em duas partes fundamentais: uma parte inicial teórica, onde foram dados alguns conceitos sobre pegas e sobre qual a melhor posição a tomar aquando da transferência; e uma parte prática, em que treinamos algumas formas de realizar as transferências de forma mais adequada.

Esta formação foi muito útil, dada a constante necessidade de realizar transferências com os utentes, sendo necessário fazê-las da melhor forma possível, mantendo a integridade física dos doentes e dos profissionais.

3.4 Atividade: “Caça aos Ovos”

No dia 17 de abril de 2017, realizou-se uma caça aos ovos da Páscoa, no labirinto do CNS. O percurso foi organizado pelo animador sociocultural da instituição, juntamente com a psicomotricista estagiária. Os ovos foram pintados pelos utentes nas sessões de grupo de Psicomotricidade, nas semanas anteriores à execução da atividade.

Para melhor desempenho dos utentes, optou-se por fazer o percurso por grupos de dois ou três utentes (caso fossem mais independentes). O itinerário até ao labirinto era realizado através de perguntas que, caso a resposta fosse dada corretamente, davam uma pista que os conduzia até à pergunta seguinte, e assim sucessivamente até à entrada no labirinto, onde existiam 10 ovos de esferovite pendurados nas árvores.

No decorrer de todo o caminho, os utentes estiveram sempre acompanhados pelo animador ou pela psicomotricista, que monitorizavam o processo caso fosse necessário. Os utentes que participaram, gostaram da atividade, mostrando-se entusiasmados no decorrer de todo o percurso.

Com esta atividade pretendeu-se, não só que esta fosse alusiva à época, mas também que se trabalhassem capacidades como o equilíbrio, a memória a curto prazo, a memória verbal, a compreensão de instruções, as competências matemáticas, e a discriminação visual. Para além disso, foi uma atividade importante por ser diferente e inovadora, permitindo que os utentes saíssem da rotina e se divertissem, enquanto trabalhavam as diferentes áreas supramencionadas.

3.5 Visita ao Teatro-Cine, Torres Vedras

No dia 21 de abril de 2017, a psicomotricista estagiária, juntamente com o animador sociocultural e uma auxiliar de ação direta, foram acompanhar os utentes numa peça de Teatro.

Sáímos do CNS depois do almoço e dirigimo-nos com duas carrinhas para o Teatro-Cine de Torres Vedras. À chegada, sentamos os utentes perto uns dos outros e perto do palco, de modo a facilitar a visualização do espetáculo e a saída, caso fosse necessário dirigirmo-nos à casa de banho com algum utente. No decorrer do espetáculo, não houve incidente e os utentes mostraram-se sempre muito atentos. Depois de terminar a peça de teatro, fomos até a uma esplanada, onde eles lancharam. O regresso aconteceu da mesma forma que a ida, por volta das 17h30.

4 Conclusão

Concluir o mestrado em Reabilitação Psicomotora surge como um complemento muito importante à formação prévia, principalmente proveniente da realização do Ramo de Atividades de Aprofundamento de Competências Profissionais.

Quando chegou a altura de decidir o local de estágio, a única certeza era que teria de incluir idosos. É uma população onde estou à vontade e para a qual sei que Psicomotricidade faz muito sentido. O CNS reunia os requisitos necessários e aceitou a proposta de me acolher enquanto estagiária.

Apesar de já conhecer a instituição previamente através de ações de voluntariado, integrar a equipa técnica não foi um processo inicialmente fácil. A equipa é vasta e abrangente e a psicomotricidade neste contexto era desconhecida por muitos, principalmente devido aos estudos ainda diminutos que desvalorizam este tipo de intervenção nesta faixa etária. Desta forma, foi necessário perceber as lacunas que existiam ao nível das intervenções na instituição (terapia da fala, fisioterapia e treino cognitivo), cruzando com os objetivos a que a gerontopsicomotricidade se propõe, para que o processo fosse harmonioso e benéfico para o utente. Com o passar do tempo, e com a demonstração do que era a psicomotricidade e seus benefícios, senti que a equipa foi depositando cada vez mais confiança em mim, dando-me mais autonomia no meu trabalho.

O primeiro impacto, enquanto estagiária com os utentes, não foi tão fácil como expectável. Nem sempre me aguardava um sorriso ou uma palavra amiga, porque existiam dores, angústias, saudades, confusão ou até mesmo revolta e agressividade. Encontrar estratégias para contornar estes fatores foi desafiante e muitas vezes realizado por tentativa-erro. A relação estabelecida com cada um dos utentes com quem tive o privilégio de me cruzar foi diferente, no entanto é um processo fundamental na intervenção terapêutica, diminuindo as recusas em ir à sessão e aumentando a segurança e confiança. Procurei sempre ver cada pessoa de forma global, recolhendo informações através do próprio, confirmando-as com a equipa, de modo a poder realizar uma intervenção mais individualizada.

O contacto com pessoas com demência é um desafio diário, pois todos os dias são diferentes, e, às vezes, existem diferenças dentro do mesmo dia. Saber lidar com estas mudanças foi algo que me ajudou a evoluir e a estar preparada para agir em conformidade. Intervir com esta população é ainda mais desafiante, pois nem sempre se

cumprem na totalidade todos os objetivos propostos, aprendendo-se a dar valor às pequenas conquistas diárias inerentes à intervenção. Com esta população aprendi ainda a olhar nos olhos, a escutar os silêncios e interpretar o toque e o gesto do outro como forma de comunicar e de se relacionar.

A nível pessoal, a motivação para realizar um trabalho de qualidade foi aumentando, sendo que todos os dias existiam novos desafios e dificuldades a superar. A construção de materiais para uma intervenção cada vez mais interessante para os utentes também se assumiu como algo de relevância no decorrer da prática do estágio.

Quanto às aprendizagens, foi possível não só ganhar autonomia e confiança na intervenção psicomotora como aprender muito, por observação, com a restante equipa, tendo consciência de como essas estratégias beneficiaram o meu crescimento profissional.

Apesar de não ter sido diretamente orientada no local por uma psicomotricista, sei que sempre que surgissem dúvidas podia recorrer à minha orientadora local e restante equipa, bem como à professora orientadora, que foi incansável durante todo o período de estágio. Com o tempo, fui conseguindo realizar autocrítica, de modo a melhorar a minha própria intervenção, quer na postura e linguagem usada enquanto terapeuta, quer nas atividades complementares propostas.

Reconheço este processo como fundamental para o meu crescimento enquanto profissional, consciente de que poder aprender e crescer com todos os profissionais distintos do CNS, me proporcionou bons exemplos a seguir e experiências que guardarei para sempre na memória.

Bibliografia

- Abreu, I., Forlenza, O. e Barros, H. (2005). Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Revista Psiquiatria Clínica*, 32(3), 131-136. doi: 10.1590/S0101-60832005000300005
- Adams, S.; Stern, D.; Olivier, T. e Blodgett, M (2013). Understanding Dementia: Etiology, communication, and Exercise Intervention. *National Strength and Conditioning*, 35(4), 88-98. doi: 10.1519/SSC.0b013e31829ed301
- Alexopoulos, G., Abrams R. C., Young R. C., Shamolan C. A. (1988). Cornell Scale for Depression in Demencia. *Biological Psychiatry*, 23, 271-84.
- Alzheimer's Association (2017), 2017 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 13(4), 325-373. doi: 10.1016/j.jalz.2017.02.001
- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V) (Fifth ed.)*. Washington (DC): Autor.
- Arrant, A. E. e Roberson, E. D. (2016). Frontotemporal Dementia. In: D. Cechetto, e N. Weishaupt, *The Cerebral Cortex in Neurodegenerative and Neuropsychiatric Disorders* (pp. 141-175). Academic Press.
- Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson (APDPk). 2014. *Manual para pessoas com Parkinson*. EP Health Marketing, SL
- Aubert, E., e Albaret, J. M (2001). *Vieillesse et Psychomotricité*. Collection Psychomotricité. Marseille: Solal.
- Banzatto, S., Alves, A. G. R. C., Silva, C. M., Viana, M. O., Freitas, I. M. P., e Menezes, J. N. R. (2015). Análise da efetividade da fisioterapia através da psicomotricidade em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 28(1), 119-125.
- Barreiros, J. (2006). Envelhecimento, degeneração, desuso e lentidão psicomotora. In J. Barreiros, M. Espanha e P.P. Correia (Eds.), *Atividade Física e Envelhecimento* (89-103). Cruz-Quebrada: FMH edições;
- Berg K.O., Wood-Dauphinee S.L., Williams J.I., Gayton D. (1989) Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument. *Physiotherapy Canada*, 41(6), 304-311. doi: 10.3138/ptc.41.6.304
- Borges, S. M., Aprahamian, I., Radanovic, M., Forlenza, O. V. (2010). Psicomotricidade e retrógenese: considerações sobre o envelhecimento e a doença de Alzheimer. *Revista Psiquiatria Clínica*, 37(3), 131-137.
- Boscaini, F. (2003). O desenvolvimento psico-corporal e o papel da Psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 2, 20-26.
- Budson, A. E. e Solomon, P. R. (2016). Corticobasal Degeneration. In A. E. Budson e P. R. Solomon. *Memory Loss, Alzheimer's Disease, and Dementia (2ª ed., pp. 119 - 126)*. Elsevier. Amesterdão. doi: 10.1016/B978-0-323-28661-9.00030-5
- Campus Neurológico Sênior [CNS] (s.d.a) Campus CNS: Visão. Retirado a 5 de outubro de 2017 de: <http://www.cnscampus.com/block/campus-cns/content/vision>
- Campus Neurológico Sênior [CNS] (s.d.b) Campus CNS: Missão. Retirado a 5 de outubro de 2017 de: <http://www.cnscampus.com/block/campus-cns/content/mission>

Campus Neurológico Sénior [CNS] (s.d.c) Campus CNS: Conceito. Retirado a 5 de outubro de 2017 de: <http://www.cnscampus.com/block/campus-cns/content/concept>

Campus Neurológico Sénior [CNS] (s.d.d) Campus CNS: Valores. Retirado a 5 de outubro de 2017 de: <http://www.cnscampus.com/block/campus-cns/content/values>

Campus Neurológico Sénior [CNS] (s.d.e) Clínica médica: Instalações. Retirado a 5 de outubro de 2017 de: <http://www.cnscampus.com/instalacoes-clinica-medica>

Campus Neurológico Sénior [CNS] (s.d.f) Clínica médica: Serviços. Retirado a 5 de outubro de 2017 de: <http://www.cnscampus.com/clinica-medica>

Campus Neurológico Sénior [CNS] (s.d.g) Unidade Residencial: Instalações Retirado a 5 de outubro de 2017 de: <http://www.cnscampus.com/instalacoes-unidade-residencial>

Campus Neurológico Sénior [CNS] (s.d.h) Unidade Residencial: Serviços. Retirado a 5 de outubro de 2017 de: <http://www.cnscampus.com/servicos-unidade-residencial>

Campus Neurológico Sénior [CNS] (s.d.i) Unidade Residencial: Programas CNS. Retirado a 5 de outubro de 2017 de: <http://www.cnscampus.com/programas-unidade-residencial>

Campus Neurológico Sénior [CNS] (s.d.j) Residência Sénior: Instalações. Retirado a 5 de outubro de 2017 de: <http://www.cnscampus.com/instalacoes-residencia-senior>

Campus Neurológico Sénior [CNS] (s.d.l) Residência Sénior: Serviços. Retirado a 5 de outubro de 2017 de: <http://www.cnscampus.com/servicos-residencia-senior>

Campus Neurológico Sénior [CNS] (s.d.m) Clínica Médica: Equipa Clínica: Médicos. Retirado a 5 de outubro de 2017 de: <http://www.cnscampus.com/team/departament/medicos>

Campus Neurológico Sénior [CNS] (s.d.n) Clínica Médica: Equipa Clínica: Psicólogos. Retirado a 5 de outubro de 2017 de: <http://www.cnscampus.com/team/departament/psicologos>

Campus Neurológico Sénior [CNS] (s.d.o) Clínica Médica: Equipa Clínica: Enfermeiros. Retirado a 5 de outubro de 2017 de: <http://www.cnscampus.com/team/departament/enfermeiros>

Campus Neurológico Sénior [CNS] (s.d.p) Clínica Médica: Equipa Clínica: Terapeutas. Retirado a 5 de outubro de 2017 de: <http://www.cnscampus.com/team/departament/terapeutas>

Campus Neurológico Sénior [CNS] (s.d.q) Clínica Médica: Equipa Clínica: Nutricionistas. Retirado a 5 de outubro de 2017 de: <http://www.cnscampus.com/team/departament/nutricionistas>

Campus Neurológico Sénior [CNS] (s.d.r) Clínica Médica: Instalações: Galeria. Retirado a 5 de outubro de 2017 de: <http://www.cnscampus.com/media/image/gallery/clinica-medica>

Campus Neurológico Sénior [CNS] (s.d.s) Unidade Residencial: Instalações: Galeria. Retirado a 5 de outubro de 2017 de: <http://www.cnscampus.com/media/image/gallery/unidade-residencial>

Campus Neurológico Sénior [CNS] (s.d.t) Residência Sénior: Instalações: Galeria. Retirado a 5 de outubro de 2017 de: <http://www.cnscampus.com/media/image/gallery/residencia-senior>

- Chare, L.; Hodges, J.; Leytan, C.; McGinley, C.; Tan, R.; Kril, J. e Halliday, G. (2014). New criteria for frontotemporal dementia syndromes: clinical and pathological diagnostic implications. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 85, 866-871. doi: 10.1136/jnnp-2013-306948
- Civinski, C., Montibeller, A., e Oliveira, A. L. (2011). A importância do exercício físico no envelhecimento. *Revista da UNIFEBE*, 1 (09), 163-175.
- Cockrell, J. R. e Folstein, M. F. (2002). Mini-Mental State Examination. In R. Copeland, M. Abou-Saleh e D. Blazer (Eds.). *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry* (2nd ed., pp. 140-141). West Sussex: Wiley.
- Costa, M., Rocha, L., e Oliveira, S. (2012). Educação em saúde: estratégia de promoção da qualidade de vida na terceira idade. *Revista Lusófona de Educação* 22, 123-140.
- Cromarty, R. A.; Elder, G. J.; Graziado, S.; Baker, M.; Bonanni, L.; Onofrj, M.; O'Brien, J. T. e Taylor, J. P. (2016) Neurophysiological biomarkers for Lewy body dementias. *Clinical Neurophysiology*, 127, 349-359. doi: 10.1016/j.clinph.2015.06.020
- Cruz, S. P., Luengo, A. V. G. e Lambeck, J. (2016). Effects of na Ai Chi fall prevention programme for patients with Parkinson's disease. *Neurologia*, 31(3),176-182. doi: 10.1016/j.nrl.2015.05.009
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., e Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13
- Fabrizzi, A. (2013). Centro dia para idosos frágeis: recursos para a promoção de qualidade de vida. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 18(2), 227 - 255.
- Faustino, F. S., Kummer, R. H. M., e Ribas, D. I. R. (2016). Avaliação dos efeitos dos exercícios psicomotores na coordenação e agilidade de idosos. *Cadernos da Escola de Saúde*, 2(16), 24-34.
- Fechine, B. e Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace – Revista Científica Internacional*, 1(7). doi: 10.6020/1679-9844/2007
- Fernandes, J. (2014). A Gerontopsicomotricidade como práxis terapêutica de mediação corporal. *Journal of Aging and Innovation* 3(3).
- Fialho, P., Köening, A., Santos, M., Barbosa, M. e Caramelli, P. (2012). Positive effects of a cognitive-behavioral intervention program for family caregivers of demented elderly. *Arquivo Neuropsicologia*, 70(10), 786-792. doi: 10.1590/S0004-282X2012001000007
- Fonseca, V. (2001). Gerontopsicomotricidade: Uma Abordagem ao Conceito da Rétrognese Psicomotora. In V. da Fonseca e R. Martins (Eds.) *Progressos em Psicomotricidade* (pp 177-219). Lisboa: FMH.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora - Significação Psiconeurológica dos seus fatores*. Lisboa: Âncora Editora
- Foss, M.; Vale, F. e Speciali, J. (2005). Influência da escolaridade na avaliação neuropsicológica de idosos: Aplicação e análise dos resultados da Escala de Mattis para Avaliação de Demência (Mattis Dementia Rating Scale - MDRS) *Arquivo Neuro-psiquiatria*, 63(1), 119-126. doi: 10.1590/S0004-282X2005000100022

- Friedman, J. H. (2017) Dementia with Lewy bodies and Parkinson's disease dementia became the same disease. *Parkinsonism and related Disorders* doi: 10.1016/j.parkreldis.2017.07.013
- Fukunaga, J. Y., Quitschal, R. M., Daná, F., Ferraz, H. B., Ganança, M. M. e Caovilla, H. H. (2014). Postural control in Parkinson's disease. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 80(6), 508-514. doi: 10.1016/j.bjorl.2014.05.032
- Galinha, I. C. e Pais – Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo Psicométrico. *Análise Psicológica*, 2(23), 219-227.
- Galvão, T. F., Pansani, T. S. A. e Harrad, D. (2015). Principais itens para relatar revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 335-342. doi: 10.5123/S1679-49742015000200017
- Galvão, T. F. e Pereira, M. G. (2015) Redação, publicação e avaliação da qualidade da revisão sistemática. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 333-334. doi: 10.5123/S1679-49742015000200016
- Guiomar, V. C. R. V. (2010), Compreender o envelhecimento bem-sucedido a partir do suporte social, qualidade de vida e bem-estar social dos indivíduos em idade avançada. *Psicologia.pt*
- Juhel, J.C. (2010). La psychomotricité au service de la personne âgée. Canada: L'Université Laval.
- Jung, Y., e Josephs, K. A. (2015). Corticobasal Degeneration. *Brain Mapping: An Encyclopedic Reference*, 3, 693-697. doi:10.1016/B978-0-12-397025-1.00078-6
- Lingler, J. e Kaufer, D. (2003). Cognitive and motor Symptoms in Dementia: Focus on Dementia with Lewy Bodies. *Journal of the American Academy of Nurses Practitioners*, 14(9), 398-404.
- Lirani-Silva, C.; Mourão, L. F. e Gobbi, L. T. B. (2015). Disartria e Qualidade de Vida em idosos neurologicamente sadios e pacientes com doença de Parkinson. *CoDAS*, 27(3), 248-54. doi: 10.1590/2317-1782/20152014083
- LoGiudice, D. e Watson, R. (2014). Dementia in older people: an update. *Internal Medicine Journal*, 44(11), 1066-1073. doi: 10.1111/imj.12572
- Madera, M. R. (2005). A Relação Interpessoal na Psicomotricidade em Pessoas com Demência. *A Psicomotricidade*, 6 47-55.
- Magalhães, M. e Correia, A. P. (2013). Outras Síndromes Parkinsonianas. In J. Ferreira (Ed.), *Doença de Parkinson - Manual Prático* (pp. 85 - 112). Lisboa: LIDEL.
- Malek, N. e Green, J. (2016). The spectrum of corticobasal syndromes. *Basal Ganglia*, 6, 1-6. doi: 10.1016/j.baga.2015.10.002
- Mari, F. R., Alves, G. G., Aerts, D. R. G. C. e Camara, S. (2016). O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(1), 35-44 doi: 10.1590/1809-9823.2016.14122
- Marsili L., Suppa A., Berardelli A. e Colosimo C. (2015). Therapeutic Interventions in Parkinsonism: Corticobasal Degeneration. *Parkinsonism and Related Disorders*, 22 96-100. doi:10.1016/j.parkreldis.2015.09.023

- Martinez, J. A. B., Brunherotti, M. A., Assis, M. R. e Sobreira, C. F. R. (2006). Validação da Escala Motora Funcional EK para a Língua Portuguesa. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 52(5), 347-351. doi: 10.1590/S0104-42302006000500024
- Martinez-Martín P., Rodriguez-Blazquez C., Paz S., Forjaz M. J., Frades-Payo B., Cubo E., Pedro-Cuesta, J., Lizán, L. e ELEG Group (2015). Parkinson Symptoms and Health Related Quality of Life as Predictors of Costs: A Longitudinal Observational Study with Linear Mixed Model Analysis. *PLoS ONE*, 10(12). doi: 0.1371/journal.pone.0145310
- Martins, R. (2001). Questões Sobre a Identidade da Psicomotricidade. In V. da Fonseca e R. Martins (Eds.) *Progressos em Psicomotricidade*. Lisboa: FMH. 29-40
- Michel, S., Soppelsa, R. e Albaret, J.-M. (2011). *Examen Géronto Psychomoteur - Manuel D'Application*. Paris: Hogrefe.
- Montañés, M. C. M. e Kist, R. B. B. (2011). La actividad física y la psicomotricidade en las personas mayores: sus contribuciones para el envejecimiento activo, saludable y satisfactorio. *Textos & Contextos*, 10(1), 179-192.
- Morais, A. (2007). Psicomotricidade e promoção da qualidade de vida em idosos com doença de Alzheimer. *A Psicomotricidade*, 10, 26-33
- Morais, A.; Fiúza, R.; Santos, S.; Lebre, P. (2012) – Tradução e Adaptação do Exame Geronto-Psicomotor. Manual de Aplicação Provisório não publicado
- Mueller, C., Ballard, C., Corbett, A. e Aarsland, D. (2017) The prognosis of dementia with Lewy bodies. *The Lancet Neurology*, 16(5), 390-398. doi: 10.1016/S1474-4422(17)30074-1
- Nascimento, N. F. e Albuquerque, D. B. L. (2015). Evaluation of functional changes in the evolutionary stages of Parkinson's disease: a case series. *Fisioterapia em movimento*, 28(4), 741-749. doi: 10.1590/0103-5150.028.004.AO11
- Neto, J.; Tamellini, M. e Forlenza, O. (2005). Diagnóstico diferencial das demências. *Revista Psiquiatria clínica*, 32(3), 119-130. doi: 10.1590/S0101-60832005000300004
- Niu, H.; Álvarez-Álvarez, I.; Guillén-Grima, F. e Aguinaga-Ontoso, I. (2017). Prevalencia e incidencia de la enfermedad de Alzheimer en Europa: metaanálisis. *Neurología*, 32(8), 523-532. doi: 10.1016/j.nrl.2016.02.016
- Nolden, L.; Tartavouille, T.; Porshe, D. (2014), Parkinson's Disease: Assessment, Diagnosis, and Management. *The journal for nurse practitioners*, 10(7), 500-506. doi: 10.1016/j.nurpra.2014.04.019
- Nordon, D.; Guimarães, R.; Kosonoe, D.; Mancilha, V. e Neto, V. (2009) Perda Cognitiva em idosos. *Revista Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 11(3), 5-9.
- Nunes, B. (2008). *Envelhecer com saúde – guia para melhorar a sua saúde física e psíquica*. Lisboa: Lidel;
- Núñez, J. G., e González, J. M. (2001). Programa de Gerontopsicomotricidade en Ancianos Institucionalizados. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp 221-240). FMH.
- Olalla, L. G. (2009). Reapropiación y conciencia corporal en la tercera edad através de la psicomotricidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 9(1), 27-34;

- Oliveira, D. A., Pinto, N. d. S., e Cordeiro, L. d. S. (2015). Psicomotricidade na Senescência. *REINPEC-Revista Interdisciplinar Pensamento Científico*, 1(2), 281-286. doi: 10.20951/2446-6778/v1n2a20
- Oliver, L.; Mitchell, D.; Dziobek, I.; Mackinley, J.; Coleman, K.; Rankin, K. e Finger, E. (2015). Parsing cognitive and emotional for negative and positive stimuli in frontotemporal dementia. *Neuropsychologia*, 67, 14-26. doi : 10.1016/j.neuropsychologia.2014.11.022
- Olney, N. T., Spina, S., e Miller, B. L. (2017). Frontotemporal Dementia. *Neurologic Clinics*, 35, 339-374. doi : 10.1016/j.ncl.2017.01.008
- Park, H.K.; Park, K.H.; Yoon, B.; Lee, J. H.; Choi, S. H.; Joung, J. H.; Yoon, S. J.; Kim, B. C.; Kim, S. H.; Kim, E. J; Na, D. L. e Park, K. W. (2017). Clinical characteristics of parkinsonismo in frontotemporal dementia according to subtypes. *Journal of the Neurological Sciences*, 372, 51-56. doi: 10.1016/j.jns.2016.11.033
- Parreiral, J. (2007). A Magia do Sopro...e o Sopro Mágico: Uma Abordagem Psicomotora. *A Psicomotricidade*, 10, 51-56
- Pereira, B. (2004). Gerontopsicomotricidade: envelhecer melhor – da quantidade à qualidade. *A Psicomotricidade*, 4, 88-93
- Pérez, C. A. e Cancela, J. M. (2014). Effectiveness of water-based exercise in people living with Parkinson's disease: a sistematic review. *European review of aging and physical activity*, 11, 107-118. doi: 10.1007/s11556-013-0135-7
- Pfeiffer, R. F. (2016). Non-motor symptoms in Parkinson's disease. *Parkinsonism and related disorders*, 22(1), 119-122. doi: 10.1016/j.parkreldis.2015.09.004
- Pierce, A. L.; Bullain, S. S. e Kawas, C. H. (2017) Late-onset Alzheimer's disease. *Neurologic clinics*, 35(2), 283-293. doi: 10.1016/j.ncl.2017.01.006
- PORDATA (s.d.) *Indicadores de envelhecimento em Portugal*. Consultado no dia 17 de setembro de 2017 em: www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., e Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name? *The Open Complementary Medicine Journal*, 2,105-113. doi: 10.2174/1876391X01002010105
- Rabins, P. e Blass, D. (2014). Dementia. *Annals of Internal Medicine*, 161(3), ITC1-ITC16. doi: 10.7326/0003-4819-161-3-201408050-01002
- Santos, S. L., Soares, M. J. G. O., Ravagni, E., Costa, M. M. L., e Fernandes, M. d. G. M. (2014). Desempenho da marcha de idosos praticantes de psicomotricidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(4), 617-622. doi: 10.1590/0034-7167.2014670418.
- Sequeira, C. (2010). Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel;
- Sereniki, A. e Vital, M. (2008). A doença de Alzheimer: aspetos fisiopatológicos e farmacológicos. *Revista de Psiquiatria*, 30(1). doi: 10.1590/S0101-81082008000200002
- Silva, D. M., Nunes, M. C. O., Oliveira, P. J. A. L., Coriolano, M. G. W. S., Berenguer, F. A., Lins, O. G. e Ximenes, D. K. G. (2013). Efeitos da fisioterapia aquática na qualidade de vida de sujeito com doença de Parkinson. *Revista Fisioterapia e Pesquisa* 20(1), 17-23 doi: 10.1590/S1809-29502013000100004

- Stamelaau, M. e Bhatia, K. P. (2015). Atypical Parkinsonism – Diagnosis and treatment. *Neurologic clinics*, 33, 39-56. doi: 10.1016/j.ncl.2014.09.012
- Storti, L. B.; Quintino, D. T.; Silva, N. M.; Kusumota, L.; e Marques, S. (2016). Sintomas neuropsiquiátricos do idoso com doença de Alzheimer e os desgastes do cuidador familiar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. doi: 10.1590/1518-8345.0580.2751
- Talmelli, L.; Vale, F.; Gratão, A.; Kusumota, C. e Rodrigues, R. (2013) Doença de Alzheimer: declínio funcional e estágio da demência. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(3), 219-225. doi: 10.1590/S0103-21002013000300003
- Tambosco, L., Percebois-Macadré, L., Rapin, A., Nicomette-Bared, J. e Boyer, F. C. (2014). Effort Training in Parkinson's disease: A systematic review. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 57, 79-104. doi: 10.1016/j.rehab.2014.01.003
- Tavares, A. e Azeredo, C. (2003). Demência com corpos de Lewy: uma revisão para o psiquiatra. *Revista Psiquiatria Clínica*, 30(1), 29-34.
- Teixeira-Arroyo, C., Rinaldi, N. M., Barbieri, F. A., Vitorio, R. e Gobbi, L. T. B. (2014). Exercise and cognitive functions in Parkinson's disease: gender differences and disease severity. *Motriz*, 20(4), 461-469. doi: 10.1590/S1980-65742014000400014
- Tennant, R., Hiller L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J., e Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(63), 1-13. doi: 10.1186/1477-7525-5-63
- Toop, C. W., Ostergaard, S. D., Sondergaard, S., e Beach, P., (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 167–176. doi: 10.1159/000376585
- Toro, A. C. e Buriticá, O. F. (2014) Enfermedad de parkinson: criterios diagnósticos, factores de riesgo y de progresión, y escalas de valoración del estadio clínico. *Acta Neurologica Colombiana*, 30(4), 300-306.
- Walker, Z., Possion, K. L., Boeve, B. F. e Aarsland, D. (2015). Non-Alzheimer's dementia 2. *The lancet*, 386, 1683-1697. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00462-6
- Wauters, E.; Sleegers, K.; Cruts, M. e Broeckhoven, C. V. (2017). Frontotemporal Dementia. In: V. Baekelandt e E. Lobbestael (Eds.), *Disease-Modifying Targets in Neurodegenerative Disorders* (pp. 199 – 227). Academic Press
- World Health Organization. [WHO] (2015). Well-being and its cultural contexts. In World Health Organization, *The European health report* (pp 51-69). WHO Library Cataloguing in Publication Data
- World Health Organization. [WHO] (2017a). Falls. Retirado a 21 de outubro de 2017 em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>
- World Health Organization. [WHO] (2017b). Dementia. Retirado a 21 de outubro de 2017 em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>
- World Health Organization. [WHO] (s.d.a). *Ageing*. Retirado a 21 de outubro de 2017 em: www.who.int/topics/ageing/en
- World Health Organization [WHO] (s.d.b). *Constitution of WHO: principles*. Retirado a 29 de outubro de 2017 em: <http://www.who.int/about/mission/en/>

World Health Organization [WHO] (s.d.c). *Promotion of mental well-being*. Retirado a 29 de outubro de 2017 em: http://www.searo.who.int/entity/mental_health/promotion-of-mental-well-being/en/

Anexos

Anexo A – Checklist de Observação Gerontopsicomotora

A presente escala foi elaborada tendo por base o Exame Gerontopsicomotor (EGP) de Michel, Soppelsa e Albaret (2010); a Escala Egen Klassifikation (EK); a Escala de Berg, de Berg, Wood-Dauphinee, Williams e Gayton (1989); e a Escala de Cornell de depressão na demência, de Alexopoulos, Abrams, Young e Shamolan (1988).

Nome:					
Data de nascimento:		Data de internamento:		Data de avaliação:	
Diagnóstico:					
Terapias realizadas:					
Profissão:					
Interesses:					
Observações:					

A cotação deve ser dada de 0 a 4 de acordo com a legenda seguinte:

- 0 – Comportamento não observado ou não se aplica (NA)
- 1 – Não faz/Não apresenta
- 2 – Faz com muita dificuldade/Raramente apresenta
- 3 – Faz com alguma dificuldade/Apresenta algumas vezes
- 4 – Faz sem dificuldade/Apresenta frequentemente

01234							
Psicomotricidade							
Atenção ¹	Vigília – Agarrar um objeto ao sinal						
Tonicidade	Acede à passividade						
	Realiza mobilização ativa						
Equilíbrio	Permanece em pé, de olhos abertos, aparentemente imóvel (10seg)						
	Levanta-se						
	Senta-se						
	Caminha ²						
	Anda, para e volta a andar ³						
Lateralidade	Diferencia a direita e a esquerda						
	Reconhece no outro a direita e a esquerda						
Noção do Corpo	Nomeia as partes do seu corpo ⁴						
	Nomeia as partes do corpo no outro ⁴						
	Identifica as partes do seu corpo ⁵						
	Identifica as partes do corpo no outro ⁵						
Estruturação Espaço-Temporal	Noção cima/baixo (em relação a si)						
	Noção frente/trás (em relação a si)						
	Noção cima/baixo (em relação ao outro)						
	Noção cima/baixo (em relação ao outro)						
	Orientação temporal	Sabe o dia da semana					
		Sabe o dia do mês					
		Sabe o mês					
		Sabe o ano					
		Sabe a estação do ano					
		Sabe que horas são					
		Sabe quantos anos tem ⁶					
		Sabe a sequência dos dias da semana					
		Sabe a sequência dos meses do ano					
	Sabe a sequência da sua rotina diária (AVD)						
	Orientação Espacial	Sabe qual é a cidade onde está					
		Sabe que está numa clínica					
Divide uma linha em duas metades iguais							
Repete uma sequência de objetos ⁷							
Praxia Global	Eleva os braços acima da cabeça						
	Sobe degraus						
	Desce degraus						

¹ Itens cotados no fim da aplicação

² Cotar 4 se for funcional com bengala/canadianas, referindo isso mesmo com um (a)

³ Se não realizar o item anterior não se aplica

⁴ Após o terapeuta apontar para uma parte do corpo, diz o nome do respetivo local

⁵ Pedir que aponte para a parte do corpo que o terapeuta mencionar

⁶ Perguntar a data de nascimento

⁷ Com um lápis (1), uma moeda (2) e uma borracha (3): 123 – 321 – 121 – 1213

	Coordenação óculo manual	Recebe uma bola/objeto					
		Lança uma bola/objeto ⁸					
	Coordenação óculo podal	Recebe uma bola/objeto					
		Pontapeia uma bola ⁹					
Praxia Fina	Realiza preensão palmar						
	Realiza a pega pinça						
	Manipula objetos em simultâneo						
	Utiliza as duas mãos cooperativamente						
	Tamborilar						
	Oponência do polegar						
	Realiza enfiamentos ¹⁰						
	Escreve ¹¹						
	Consegue folhear um jornal						
Cognição e Linguagem							
Linguagem	Verbal	Fala perceptível					
		Discurso coerente					
		Discurso fluente					
		Mantém uma conversa					
		Compreende instruções simples					
		Compreende instruções com uma ou mais tarefas					
		Exprime sentimentos ¹²					
		Exprime necessidades ¹³					
	Não-Verbal	Expressividade facial					
		Expressão corporal ¹⁴					
		Mantém uma distância adequada do outro					
		Mantém contacto visual					
Memória	Curto prazo	Evocação imediata de 3 palavras não relacionadas ¹⁵					
		Evocação dessas 3 palavras após 1 minuto					
		Relembrar um acontecimento ocorrido na última hora					
	Longo prazo	Evoca um evento ocorrido a semana passada					
		Evoca um evento longínquo					
		Reconhece pessoas significativas					
Outros	Competências de leitura ¹⁶						
	Competências matemáticas simples						
	Discrimina diferentes cores						

⁸ Lembra-se qual a mão com que lanço primeiro

⁹ Lembra-se qual o pé com que lançou primeiro

¹⁰ Com auxílio de um fio e umas peças de missangas

¹¹ Pedir-lhe que escreva o seu nome e a data de hoje

¹² Verbalmente, i.e. diz: “estou triste”; “estou contente”; “gosto disto”; etc.

¹³ Como: “Preciso de ir à casa de banho”; “Tenho fome”; etc.

¹⁴ Pantomima de situações

¹⁵ Pinheiro, Copo Pêssego

¹⁶ Pedir para ler um texto do jornal

	Reconhece diferentes aromas					
	Reconhece diferentes texturas ¹⁷					
	Discrimina diferentes sons					
Sócio Afetividade¹⁸						
	Cumprimenta os outros					
	Apresenta iniciativa					
	Dá opinião					
	Interrompe o outro					
	Pede ajuda					
	Oferece ajuda					
	É afetuoso com os outros					
	É recetível aos afetos dos outros					
	Tem autoestima					
Autonomia – Atividades da Vida Diária						
	Veste-se					
	Despe-se					
	Autónomo nos cuidados de higiene					
	Autónomo na toma da medicação					
	Come sozinho					
	Utiliza corretamente os talheres					

¹⁷ Estereognosia

¹⁸ A avaliar nas sessões de grupo

Anexo B - Escala de Avaliação de Desempenho das Sessões de Psicomotricidade

Tipo de ajuda	Definição	Escala
Sem ajuda	O indivíduo consegue realizar as tarefas sem qualquer tipo de apoio: sabe perfeitamente o que tem de fazer, sem requerer qualquer tipo de ajuda	8
Alguma ajuda	O indivíduo consegue realizar as tarefas com pouco apoio, apenas com um ligeiro toque ou uma palavra-chave	7
Ajuda verbal	Tudo o que for além da explicação inicial do procedimento e/ou tarefa	6
Demonstração	O técnico desempenha um ou mais passos da tarefa para o indivíduo o imitar depois independentemente	5
Ajuda física	O técnico tem de estar perto do indivíduo, tocando-lhe numa parte do corpo para que se sinta seguro	4
	O técnico tem de segurar numa parte do objeto para que a atividade seja realizada com sucesso	3
	O técnico tem de segurar numa parte do corpo do indivíduo (e.g.mão) e guiá-lo nos seus movimentos	2
Não faz	Quando o indivíduo não consegue realizar a tarefa mesmo com as ajudas supramencionadas	1
Não se aplica	Quando a atividade não foi realizada (explicar o motivo nas observações)	0

Anexo C - Exemplo de um planeamento e relatório de sessão – Estudo de caso 1

Sessão individual – Planeamento 15

Local: Sala de atividades do piso 3 RS

Hora: 10h

Data: 10h

	Atividade	Objetivos	Materiais	Min	Avaliação de Desempenho ¹⁹	Observações
Parte inicial	Orientação para a realidade	Potenciar a comunicação; Melhorar a noção do tempo	Quadro de montagem	5'	4	Precisou de apoio para saber o dia da semana e o dia do mês.
	Mexe o corpo	Melhorar a amplitude de movimentos Melhorar a praxia global Melhorar a noção do corpo	-----	2	2	Dificuldades ao nível do membro superior esquerdo.
	Dado com categoria e cor	Praxia fina Melhorar a memória perceptiva Melhorar a categorização de objetos	Dados coloridos Figuras geométricas com cores	15'	4	Com ajuda foi capaz de executar a tarefa. Por vezes trocava as categorias.
Parte fundamental	Lança o dado e enfia o cordão	Praxia fina Melhorar a memória perceptiva	Dados coloridos Cartão com atacadores	10'	4	Inicialmente teve muitas dificuldades em entender a dinâmica da tarefa, mas com o avançar da mesma foi melhorando o seu desempenho
	Respirações com mãos no abdómen	Despoletar sentimentos de bem-estar. Melhorar o controlo respiratório	-----	5'	8	Sem dificuldades
Parte final	Diálogo final	- Promover a autoestima - Memória; - Potenciar comunicação; - Perceber os interesses da cliente	-----	5'	6	Conseguiu refletir sobre as atividades, mas precisou de algumas pistas para realizar a reclamada da sessão.

¹⁹ Consultar Anexo B – Escala de Avaliação de Desempenho das sessões de Psicomotricidade

Anexo D - Exemplo de um planeamento e relatório de sessão – Estudo de caso 2

Sessão individual – Planeamento 27

Local: Sala do piso 3 UR

Hora: 11h30

Data: 02/04/2017

	Atividade	Objetivos	Materiais	Min	Avaliação de Desempenho ²⁰	Observações
Parte inicial	Orientação para a realidade	Promover a noção de tempo. Motricidade fina	Quadro de montagem	5'	8	Orientada
	Mexe o corpo	Melhorar a praxia global Melhorar a amplitude de movimentos	----	5'	7	Sem grandes dificuldades, queixas de dores no braço esquerdo
Parte fundamental	Monta o puzzle	Melhorar a motricidade fina Melhorar a discriminação visual	Puzzle	20'	2	Com ajuda conseguiu montar os puzzles, mostrando mais dificuldades no encaixe das peças
	Profissões	Melhorar a comunicação verbal Melhorar a categorização	----	10'	8	Sem dificuldades
Parte final	Creme	Despoletar sentimentos de bem-estar Melhorar a consciencialização dos limites corporais Melhorar a descontração neuromuscular	Creme	5'	8	Sem dificuldades
	Diálogo final	- Promover a autoestima - Memória; - Potenciar comunicação	----	5'	8	Sem dificuldades

²⁰ Consultar Anexo B – Escala de Avaliação de Desempenho das sessões de Psicomotricidade

Anexo E - Exemplo de um planeamento e relatório de sessão – Estudo de caso de grupo

Sessão Grupo Residência Sénior – Planeamento 5

Local: Sala de atividades do piso 3 RS

Hora: 14h

Data: 12/01/2017

	Atividade	Objetivos	Materiais	Min	Observações
Parte inicial	Diálogo inicial	Promover a noção de tempo. Promover a relação terapêutica	-----	5'	Todos estavam desorientados. Precisavam de ajuda para dizer corretamente as informações da data
	Mobilizações ativas com balão	Ativação geral Amplitude de movimentos Motricidade global	Balões	10'	Todos conseguiram realizar os movimentos. Apenas a D. Rosário apresentou mais dificuldades, no entanto conseguiu realizar alguns movimentos e sentia-se motivada a participar
Parte fundamental	Mimica	Motricidade global Funções executivas Interação entre os utentes Autonomia	Bola Arcos Cartões	10'	A D. Noémia mostrou facilidade em adivinhar as pantomimas realizadas pelos outros. Apenas a D. Rosário necessitou de apoio para executar os movimentos
	Scrabble	Oponência do polegar Motricidade fina Força nos dedos	Scrabble	20'	Todos conseguiram escrever a palavra da ação que tinham executado. A D. Rosário precisou de ajuda para escrever a palavra, por não saber escrever. O Sr. Francisco e Sr. António mostraram maiores dificuldades, principalmente devido à desatenção. A D. Noémia escreveu sem dificuldade, e até foi necessário dizer mais palavras para escrever.
Parte final	Respirações profundas com mãos no abdómen	Despoletar sentimentos de bem-estar Consciencializar a respiração	Balão	5'	Sem dificuldade
	Diálogo final	- Promover a autoestima - Memória; - Potenciar comunicação	-----	5'	Todos gostaram, no entanto não se lembravam das atividades realizadas